BMJ

Ediţia în limba română

NOIEMBRIE 1994

BRITISH MEDICAL JOURNAL EDIŢIA ÎN LIMBA ROMÂNĂ NR 1. VOLUM 1

Editoriale	1	**British Medical Journal în Romania** Richard Smith
	2	**Nivelul trigliceridelor şi afecţiunile coronariene** Alan M Garber, Andrew L Avins
	3	**Tratamentul HTA după accidentul vascular cerebral** Janice E O'Connell, Christopher S Gray
	4	**Astmul la copii - factori de mediu** P Cullinan, A J Newman Taylor
	5	**Decizii privind resuscitarea cardio-respiratorie** Dominique Florin
Ştiri	7 - 8	**Comerţul cu organe în India. Sistemul medical în Italia. HIV la copii.**
Articole originale	9	**Tromboza venoasă profundă şi malignităţile oculte: studiu epidemiologic** M Nordstrom, B Lindblad, H Anderson, D Bergqvist, T Kjellstrom
	13	**Folosirea aspirinei de către medicul generalist în suspiciunea de infarct miocardic** Michael Moher, Neil Johnson
	14	**Cunoaşterea de către medicul generalist a diferitelor tehnici de chirurgie a cataractei: implicaţii pentru calitatea îngrijirii medicale** T Potamitis, M Fouladi, R K Aggarwal, H S Jones, A R Fielder
	15	**Testul tusei în diagnosticul peritonitei** David H Bennett, Luc J M T Tambeur, W Bruce Campbell
	16	**Resuscitarea cardio-respiratorie: cine ia decizia?** Marguerite E Hill, Gerry MacQuillan, Melissa Forsyth, David A Heath
	17	**Folosirea de către medicul generalist a radiografiilor sinusale** D J Houghton, F A Aitchison, L Wilkinson, J A Wilson
Medicină generală	18	*Prevenţia cancerului în unităţile primare* **Dieta şi cancerul** Joan Austoker
	23	**Melanomul: prevenţia şi diagnosticul precoce** Joan Austoker
	29	**Reducerea consumului de alcool** Joan Austoker
Dezbateri	31	**Durerea în etajul abdominal superior la o femeie însărcinată poate sugera şi preeclampsie** Christopher Barry, Robert Fox, Gordon Stirrat
	32	**Cataractă bilaterală şi glaucom determinate de administrarea îndelungată a instilaţiilor oculare cu corticosteroizi** Jeremy M Butcher, Michael Austin, James McGalliard, Robert D Bourke
	34	**O nouă metodă de abordare a obstrucţiei venei cave superioare** L Robinson, J Jackson

Corespondenţă • Reflecţii • Opinii • Medicina şi mass-media • Recenzii • Minerva •

Edit Dan & Symposion, Iaşi, România ISSN 1222-5835

Scanned with OKEN Scanner

BRIMEX LTD.
MEDICAL

32-34 N. BĂLCESCU BLVD. - 1 FLOOR - Ap. 3-4
BUCHAREST 1 ROMÂNIA

TEL: 311 23 28; 615 47 42
614 82 09; 312 35 50
FAX: 312 08 61
TELEX: 11 531 ROSPO R

Societatea BRIMEX MEDICAL S.R.L. desfăşoară următoarele activităţi:

- reprezentare comercială, asistenţă de specialitate, acţiuni de reclamă şi publicitate în ţară şi străinătate, acţiuni de public-relations, conferinţe, expoziţii, simpozioane;
- comerţ intern, import-export şi distribuţie de medicamente de uz uman, în colaborare cu firme de renume internaţional ca:

• MERCK SHARP & DOHME	- S.U.A.	• ELI LILLY	- S.U.A.
• WELLCOME	- Anglia	• IPSEN - BEAUFOUR	- Franţa
• BYK GULDEN	- Germania	• WYETH	- Germania
• ESSEX	- Elveţia	• S.I.F.I.	- Italia
• SANTA BALANOS	- Grecia	• TAROVIT	- Israel

Prin cele două depozite de la:

BUCUREŞTI - Str. Sergent Nuţu Ion nr. 8 - 12, sect. 5
Tel. 6.31.69.90/178; 6.31.08.10/178
TG. MUREŞ - Str. 1 Decembrie 1918 nr. 13
Tel. 065 / 16.99.34

şi prin reţeaua largă de distribuţie este acoperit întreg teritoriul ţării

Anatomy lesson.

Authority
The authoritative voice of the medical establishment.

Influence
Other journals report the news.
BMJ makes it.

Originality
Research papers, rigorously assessed for originality, accuracy and clinical relevance.

Promoting excellence
Discussingvital issues relevant to all involved in medicine.

Classified Supplement
Carries 90% of all advertisements providing an extra service to readers.

Flexibility
With General Practice and Hospital editions BMJ gives you superb oppurtunities for targeting and hence greater cost effectiveness.

Choice
From page advertising to promotional inserts.

It all adds up to a superb environment.

BMJ. The best choice for your advertising.
Contact: Alina Grămescu, Edit Dan, P.O. Box 209, 6600 Iaşi 1

Quality and Influence

Scanned with OKEN Scanner

Editor
Richard Smith

BMJ
BMA House,
Tavistock Square
London WC1H9JR
Fax: 071 383 6418
Phone: 071 387 4499

ABCs editor
Deborah Reece

Desktop publishing operator
Neil Hickford

Editorials
Tony Delamothe

Editorial secretaries
Gaby Shockley
Marga Benfell
Kathryn Sims

General office
Andrew Woodward
John Mayor
Gary Bryan

Letters
Rajendra Kale

News and Medicopolitical digest
Linda Beecham
Luisa Dillner
Jane Smith

Obituaries
Liz Crossan

Papers
Fiona Godlee
Alison Tonks

Papers secretaries
Susan Minns
Marita Batten

Reviews
Ruth Holland

Technical editors
Jacqueline Annis
Tony Camps-Linney
Margaret Cooter
Greg Cotton
Sharon Davies
Julia Thompson

Associate editors
Tessa Richards
Roger Robinson
Tony Smith

Editorial advisers
Teifion Davies
Robin Ferner
Ian Forgacs
John Garrow
Trish Greenhalgh
Iona Heath
Richard Hobbs
David Jewell
Duncan Keeley
Diana Lockwood
Mike Pringle
John Rees

Statistical advisers
Doug Altman
Mike Campbell
Tim Cole
Stephen Evans
David Machin
Ken MacRae
Julie Morris

Executive Director BMJ Publishing Group
Geoffrey R H Burn

© British Medical Journal 1994. All Rights Reserved. No Part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any other means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior permission, in writing, of the British Medical Journal.

CUPRINS

paginile 37— 46

37 **Corespondenţă**
37 Aspirina şi suspiciunea de infarct miocardic

38 **Reflecţii**
38 Un exemplu rău înţeles de prietenie

39 **Opinii**
39 Precum tatăl, aşa şi fiul?

40 **Medicina şi mass-media**
40 Medicina şi reclama în mass-media
40 Experienţa mea de un an cu o emisiune radiofonică medicală

41 **Probleme de stil pentru BMJ**
41 Instrucţiuni pentru autori

43 **Recenzii**

45 **Minerva**

În acest număr

Ediţia în limba romană a British Medical Journal conţine editoriale, ştiri, articole originale şi dezbateri traduse din numerele care apar săptămanal în Marea Britanie. Textele au fost selecţionate deoarece prezintă informaţii de interes şi pentru noi, medicii din Romania. Fiind la început, testăm interesul general cu subiecte variate, de importanţă şi aplicabilitate practică imediată la noi în ţară.

Pornim de la ideea că medicii din Romania şi cei din Marea Britanie au numeroase probleme comune. Prin subiectele abordate în acest număr şi în numerele viitoare dorim să explorăm şi să încurajăm dezbaterea acestor probleme. Atat în Marea Britanie cat şi în România, BMJ se adresează direct medicului, considerând omul mai important decât o anumită funcţie sau instituţie. Deci fiecare cititor este la fel de important şi egal îndreptăţit să participe la dezbateri, indiferent de poziţia în ierarhia medicală. Vă încurajăm să ne scrieţi şi să nu ezitaţi să discutaţi cu noi orice aspect în legătură cu materialele publicate.

Imediat pe foaia următoare veţi găsi un editorial scris de Richard Smith, editorul grupului BMJ, care cred că va clarifica şi alte probleme legate de intenţia acestei reviste. Prezentarea cuprinsului direct pe copertă sper să vă ajute la depistarea imediată a titlului care vă interesează în mod deosebit.

Dorim să vă facă plăcere lectura acestui prim număr. Vreau doar să atrag atenţia asupra faptului că articolele originale sunt dintre cele mai directe şi pot fi şi un bun model pentru a testa ipoteze în mod similar şi la noi în ţară. Şi nu în ultimul rând aş vrea să remarcaţi ultima rubrică ("Minerva"), plasată "strategic" în special pentru cei obişnuiţi să citească o revistă începând cu sfârşitul. Aici veţi găsi cele mai importante noutăţi apărute în revistele medicale din lume.

Dr Tudor P Toma

Scanned with OKEN Scanner

Ediţii internaţionale

Africa de Sud
Dr John Smith
Editor
George Warman
Publications
(PTY) Ltd
PO Box 704
77 Hout Street
Cape Town
Africa de Sud

Abdul Barday
(W) 01027 21 638 3135
(H) 01027 21 637 2489

Bulgaria
Dr Petia Solarova
Editor
Quintessence BG - OOD
15-B Krum Popov Str
1421 Sofia
Bulgaria
Tel/Fax: 010 359 2 66 90 06

Grecia
Dr P Karakoulis
Editor
CCM Middle East SARL
PO Box 14228
15-17 Tsoha
Ampelokipi
11510 Athens
Grecia
Tel: 01030 1 642 3644
Fax: 01030 1 641 0958

India
Dr Ramdas Pai
Kasturba Medical College Trust
Academy House
Manipal 576 119
Karnataka
India
Tel: 01091 8252 20968
Fax: 01091 8252 70500

Mexic
Dr Luis F M
Gallardo
Editor
CELTA Amaquemecan
Galeana 111
CP 14080
Tlalpan
DF Mexico
Tel: 01052 5 573 79 00
Fax: 01052 5 675 29 23

(Dr Rogelio Perez Padilla
Dr Luis Angel Teran)

Olanda
Professor Dr W Weimar
Internist
Academisch Zikenhuis Dijikzigt
Rotterdam
Olanda

Orientul Mijlociu
Dr Nabil T Nassar
American University of Beirut
Medical Centre, PO Box 11 0238
Beirut, Lebanon
Tel: 010961 1 350000/865250/340740
Fax: 010961 1 350528

Pakistan
Professor General MA Najeeb
Chief Honorary Editor
Global Publications Pakistan
2nd Floor, Press Chambers
Mohammed Bin Qasim Road
Off I.I Chundrigar Road
Karachi
Pakistan
Tel: 01092 21 218 948
Fax: 01092 21 263 7624

Polonia
Mr Pavel Januszewicz
Editor in Chief
Children's Memorial Health Centre
Warsaw
Fax: 01048 2215 4015
Dr Bogdan Materna
Deputy Editor in Chief
Address as above

Portugalia
Dr Jose L Boaventura
Editor
Matriz Publicidade,
Edicoes e Artes Graficas, Lda
Rua do Salitre 155-2
1296 Lisbon
Portugalia
Tel: 010 351 1 35 23 173
Fax: 010 351 1 31 50 226

Spania
Professor J Rodes
Ediciones Cientificas y Tecnicas SA
Avenida Principe de Asturias 20
08012 Barcelona
Spania
Tel: 01034 3 415 45 44
Fax: 01034 3 416 12 20

Statele Unite ale Americii
John Roberts
Editor
Departament of Medicine
Johns Hopkins University
Francis Scott Key Medical Center
4940 Eastern Avenue
Baltimore MD 21224
Tel: 410 550 3422
Fax: 410 550 3403

Ungaria
Dr Gabor Kapocs
Editor
Literatura Medica Ltd
1027 Budapest
Frankel Leo u.II 11/18
1539 Bp PO Box 603
Ungaria
Tel: 01036 1 135 4598
Fax: 01036 1 135 9600

(Dr Zoltan Bula - Deputy)

Directori executivi
Dr Traian Mihăescu
Dr Vasile Astărăstoae
Editor
Dr Tudor P Toma
Grup editorial
Sabina Antoniu
Dr Vasile Drug
Dr Gabriel Dimofte
Dr Gabriel Onisciu
Dr Şerban Stoica
Dr Teodora Solomon
Dr Bogdan Neughebauer
Consultanţi
Prof Dr Dumitru Brânişteanu
Prof Dr Eugen Carasevici
Prof Dr Mircea Covic
Prof Dr Mihai R Diaconescu
Prof Dr Valeriu Rusu
Prof Dr Carol Stanciu
Prof Dr Gabriel Ungureanu
Consultant pentru limba română
Carmen Martinuş
Diverse
Dr Gabriel Marta
Corina Flaiser
Expert contabil
Dumitru Măţu
Secretară
Rodica Broască
Manager
Alina Grămescu
Adresa pentru corespondenţa
Edit Dan
Po Box 209
6600 Iasi 1 Romania
Fax 032-211685
Tel 032-135778

Scanned with OKEN Scanner

BMJ

Ediţia în limba română

NOIEMBRIE, 1994

British Medical Journal în România

Avem plăcerea să prezentăm lansarea pentru prima dată a unei ediţii româneşti a revistei British Medical Journal (BMJ). Sperăm că doctorii din România vor găsi această revistă utilă pentru practica medicală de zi cu zi, bogată în noutăţi din medicina mondială, incitantă şi, nu în ultimul rând, uşor de citit. Dorim ca lectura BMJ-ului să devină o plăcere pentru orice doctor din România, care să se poată simţi astfel membru integrant şi activ al comunităţii medicale mondiale. Doctorii din România, Marea Britanie, SUA, Australia sau China pot avea zilnic probleme foarte diferite, în circumstanţe foarte diferite, însă există ceva în profesiunea de medic care este universal. Peste tot în lume oamenii sunt bolnavi, au dureri, suferă şi mor, iar medicii trebuie să folosească tot ce au la îndemână (şi mai ales pe ei înşişi!) pentru a rezolva aceste probleme.

BMJ a apărut în urmă cu 150 de ani la Londra şi de mai bine de un secol este o revistă cu circulaţie internaţională. Ernest Hart, ilustrul editor al BMJ-ului din secolul 19, a dus multe campanii în paginile revistei pentru a ridica nivelul sănătăţii populaţiei britanice şi a reuşit să aibă astfel o influenţă imensă. El a reuşit să facă din revistă o puternică voce independentă care este ascultată şi respectată de aproape toată comunitatea medicală britanică. În decursul anilor, în BMJ s-au publicat numeroase articole ştiinţifice originale cu o contribuţie importantă la modificarea practicii medicale, cum ar fi cele despre utilizarea cloroformului ca anestezic, importanţa fumatului în etiologia cancerului pulmonar şi a bacteriei *Helicobacter* în etiologia ulcerului peptic. Hugh Clegg, un editor renumit al BMJ-ului de la mijlocul acestui secol, a introdus pentru prima dată metodele statistice în cadrul revistei, într-o perioadă în care acest lucru era neobişnuit pentru marea majoritate a revistelor medicale; în plus, a creionat şi primele concepte de etică, care stau astăzi la baza Asociaţiei Medicale Mondiale. Stephen Lock, predecesorul meu, a fost membru fondator al Comitetului Internaţional al Editorilor Medicali (Grupul de la Vancouver) şi a desfăşurat lucrări de pionierat în cercetarea sistemului „peer review" — de stabilire a referenţilor ştiinţifici.

Aproximativ 80% din doctorii din Marea Britanie citesc astăzi fiecare ediţie săptămânală a BMJ-ului, număr de cititori care este cu mult mai mare decât pentru oricare altă publicaţie medicală engleză. BMJ-ul este locul de dezbatere a noutăţilor medicale din întreaga lume, dar şi a modificărilor şi reformelor serviciului medical britanic. Aproximativ 20.000 de exemplare, dintr-un tiraj total de 112.000 de exemplare produse în Marea Britanie, sunt vândute în afara ţării, iar sub forma ediţiilor locale revista este citită de încă 150.000 de doctori din Grecia, Ungaria, Polonia, Bulgaria, Turcia, Orientul Apropiat, Spania, Portugalia, Olanda, Ţările Nordice, India, Pakistan, Africa de Sud şi Mexic. Avem, de asemenea, o ediţie lunară pentru studenţi, care atinge un tiraj de 8.000 de exemplare. Obiectivul nostru este să formăm, împreună cu ediţiile locale din cât mai multe ţări, o familie de reviste BMJ în care informaţia să circule nu numai de la ediţiile britanice săptămânale la ediţiile locale, dar şi de la ediţiile locale la cea săptămânală britanică, sau la ediţiile locale din alte regiuni.

În fiecare an la redacţia BMJ-ului se primesc aproximativ 5.000 de articole originale spre publicare, din care aproximativ o treime vin din afara Marii Britanii. Avem unul din cele mai riguroase sisteme de referenţi din lume şi ca urmare reuşim să publicăm numai 15% din articolele primite. Până în prezent am primit şi câteva articole din România, însă sperăm ca pe viitor, cu ajutorul acestei ediţii locale, să încurajăm scrierea şi trimiterea mai multor articole româneşti. În plus, mai primim aproape 4.000 de scrisori şi comentarii la materialele revistei, din care se publică aproximativ 40%. Sper că doctorii din România să fie astfel încurajaţi să scrie atât la redactorii ediţiei româneşti cât şi la redacţia noastră din Londra. Echipele BMJ-ului cred foarte mult în beneficiul dezbaterilor şi încurajăm dezbaterea valorii ştiinţifice a lucrărilor noastre, dar şi a problemelor clinice, etice, educaţionale şi sociale ridicate în paginile revistei şi, prin participarea doctorilor din România la aceste dezbateri internaţionale, suntem convinşi că vom avea numai de câştigat.

Din cîte cunosc, condiţiile practicării medicinei în România sunt dificile. După ani de conducere centralizată de tip comunist, economia naţională trebuie revitalizată, multe din tradiţiile pierdute trebuie restabilite şi numeroase probleme serioase din serviciul medical trebuie abordate spre rezolvare în condiţiile unor resurse materiale şi financiare limitate. Nu pot pretinde că, stând aici în biroul meu din Londra, reuşesc să înţeleg foarte bine numeroasele probleme speciale legate de practica medicală din România. Dar sper, ca în timp, să reuşesc să învăţ şi să înţeleg aceste lucruri şi, mai ales, sper ca ediţia românească a BMJ-ului să contribuie şi ea, oricât de puţin, la regenerarea medicinei româneşti.

Richard SMITH
Editor, BMJ

Scanned with OKEN Scanner

Nivelul trigliceridelor şi afecţiunile coronariene

Măsurarea nivelului plasmatic al trigliceridelor nu s-a dovedit a fi utilă în screening

Trigliceridele ca factor de risc cardiac au avut pentru mult timp un rol controversat, dar niciodată demonstrat, de cauză sau asociere cu riscul patologiei coronariene. Mecanismele biologice şi datele epidemiologice oferă motive întemeiate de suspiciune, sugerând că trigliceridele ar putea declanşa afecţiuni coronariene şi alte forme de boli cardiovasculare. Cu toate acestea, evidenţele clinice şi epidemiologice sunt neconcludente şi deseori greşite. Recomandările recente privind utilizarea nivelului trigliceridelor ca test screening sunt marcate de incertitudinea unei legături cauzale. În plus, studiile efectuate nu au stabilit nici un beneficiu clinic în urma acestui test.[1-3]

O decizie finală asupra importanţei trigliceridelor în patologia cardiovasculară este dificil de formulat datorită variabilităţii nivelelor trigliceridelor în sânge mult mai mare decât pentru alte lipide. Aceste diferenţe se datorează parţial laboratorului şi parţial unor fluctuaţii reale de scurtă durată şi ar putea explica subestimarea asocierii trigliceride — afecţiuni coronariene prezentă în datele statistice.[4,5] În practică, variaţiile fiziologice ale nivelelor trigliceridelor pot fi corectate prin calcularea unei valori medii după o tehnică similară măsurării presiunii arteriale sau a colesterolemiei. Dificultatea constă însă în necesitatea recoltării probelor de sânge după un repaos alimentar de 12 ore, ceea ce face ca măsurătorile repetate să fie incomode pentru bolnav.

Însă cea mai mare surpriză privind importanţa trigliceridelor derivă probabil din relaţia lor invers proporţională cu concentraţia HDL. Studiile care iau în considerare şi măsurarea HDL nu au găsit o corelaţie independentă a trigliceridelor cu afecţiunile coronariene.[6] De asemenea, o serie de studii au eşuat, confundând trigliceridele cu HDL. Un studiu publicat în BMJ nr. 6946, vol. 309, 2 iulie 1994, sugerează o asociere a nivelului crescut al trigliceridelor[7] cu infarctul. Alte două studii recente au raportat încă o dată asocierea trigliceride — afecţiuni coronariene.[8] Cu toate acestea, cele trei studii nu au reuşit să separe rolul trigliceridelor de cel al HDL, contribuind cu prea puţine date la elucidarea rolului predictiv suplimentar al trigliceridelor faţă de HDL.

Cu toate că studiile multifactoriale nu relevă o asociere de sine stătătoare a trigliceridelor cu afecţiunile coronariene, se pune problema dacă dozarea lor poate fi folosită pentru îmbunătăţirea estimării riscului coronarian la unii bolnavi. Grupul de studii de la Helsinki a găsit o interacţiune între trigliceride şi colesterol în aprecierea riscului afecţiunilor coronariene precum şi un beneficiu cvasitotal al tratamentului hipolipemiant cu Gemfibrozil la persoanele cu nivele crescute ale trigliceridelor şi colesterolului, în special cu un raport LDL/HDL mai mare de cinci.[10] Concluzii similare au reieşit şi dintr-un studiu prospectiv al grupului de la Munster (PROCAM).[3] Aceste rezultate sugerează că, dacă nivelul trigliceridelor în sânge este măsurat împreună cu al altor lipide, pot fi identificaţi bolnavii care ar beneficia mai mult de pe urma tratamentului. Cu toate acestea, lipsa şi contradicţiile studiilor publicate demonstrează clar că orice concluzie este pur speculativă. Încercări anterioare de a identifica interacţiuni între diversele clase de lipide au avut rezultate variabile, nereuşind să detecteze interacţiuni importante sau găsind relaţii nesemnificative şi doar la anumite grupe de bolnavi, cum ar fi cei cu concentraţii reduse de colesterol.[11,12]

Paradoxal, interacţiunea colesterol — trigliceride în cadrul studiului cardiologic de la Helsinki a fost descoperită incidental şi fără a avea o semnificaţie statistică.[13] Cu toate că ea este clară, implicaţiile acestei asocieri pentru tratament sunt încă neclare. Rămâne de văzut dacă această interacţiune implică o creştere a agresivităţii tratamentului hipocolesterolemiant la pacienţi cu nivele ridicate ale trigliceridelor şi colesterolului sau implică o terapie medicamentoasă specială (Gemfibrozil) care scade în acelaşi timp şi concentraţia trigliceridelor. Studii clinice viitoare trebuie să răspundă la aceste întrebări, înainte de a se putea afirma cu exactitate dacă şi în ce mod măsurarea nivelelor trigliceridelor este utilă în conducerea tratamentului de reducere a concentraţiei lipidelor la pacienţi cu hipercolesterolemie.

O serie de rapoarte sugerează că nivelul trigliceridelor ar putea fi un factor de risc mai important la sexul feminin. Această concluzie se desprinde doar din studiile unifactoriale, cele multifactoriale nerelevând o asociere independentă a concentraţiei trigliceridelor cu afecţiunile coronariene la femei.[6-11]

Având în vedere cele arătate, se pare că este necesară stabilirea unei concluzii corecte privind rolul măsurării nivelelor trigliceridelor în prevenirea afecţiunilor cardiovasculare. În ciuda numeroaselor studii, utilizarea concentraţiei trigliceridelor în screening sau în conducerea tratamentului hipolipemiant trebuie acceptată ca fiind încă în faza experimentală. Vor fi necesare măsurători precise în cazul în care acest test va fi folosit pentru a facilita diagnosticarea pacienţilor cu risc coronarian. Această utilizare va fi însă redusă datorită uşurinţei măsurării concentraţiei HDL şi a acurateţei predictive a acesteia comparativ cu cea a trigliceridelor. Este posibil ca pe viitor măsurarea trigliceridelor să identifice persoanele ce pot beneficia de un tratament hipocolesterolemiant agresiv sau să indice cea mai bună clasă de medicamente pentru tratamentul hipercolesterolemiilor, dar ambele utilizări sunt speculative şi trebuie aplicate doar la persoanele cu nivele ridicate de colesterol.

În ceea ce priveşte screeningul, dozarea trigliceridelor este mai puţin convenabilă decât dozarea HDL sau a colesterolului total, aportul în clasificarea riscului fiind limitat. Chiar dacă testul ar aduce informaţii suplimentare asupra riscului coronarian el nu va conduce în mod necesar şi la decizii terapeutice îmbunătăţite. În ciuda cercetărilor clinice privind reducerea hipercolesterolemiei, aplicaţiile dozărilor colesterolului total sau a LDL în deciziile terapeutice rămân controversate, existând şi mai puţine dovezi care să susţină utilizarea dozării trigliceridelor.[14]

Grija privind asistenţa medicală a ridicat standardul exigenţelor cerute pentru orice strategie generală de screening. Un test util, aşa cum este ştiut, trebuie să fie fără risc pentru bolnav, convenabil, ieftin şi să poată diferenţia între cei ce ar beneficia sau nu, de investigaţiile sau tratamentele studiate. Prin dovezi viitoare este posibil ca testul dozării trigliceridelor să îndeplinească aceste standarde, dar acesta este un deziderat care rămâne neîmplinit în prezent.

Alan M GARBER
Profesor asociat de medicină

Dept. of Veterans Affairs Medical Center
Palo Alto, CA 94303, USA

Andrew L AVINS
Profesor asistent de medicină

University of California
San Francisco, CA 94105, USA

Traducere: Dr Gabriel ONISCU

1 NIH Consensus Development Panel on Triglyceride, High-Density Lipoprotein, and Coronary Heart diseas. NIH consensus conference: triglyceride, high density lipoprotein, and coronary Heart Diseas. *JAMA* 1993;269:505-10.
2 Hypertriglyceridaemia and vascular risk. Report of a meeting of physicians and scientists. University College London Medical School. *Lancet* 1993;342:781-7.
3 Assman G, Schulte H. Relation of high-density lipoprotein cholesterol and triglycerides to

Scanned with OKEN Scanner

incidence of atherosclerotic coronary artery disease (the PROCAM experience). Prospective Cardiovascular Munster Study. *Am J Cardiol* 1992;70:733-7.
4 Phillips AN, Smith GD. How independent are "independent" effects? Relative risk estimation when correlated exposures are measured imprecisely. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1223-31.
5 Davey Smith G, Song F, Sheldon TA. Cholesterol lowering and mortality: the importance of considering initial level of risk. *BMJ* 1993;306:1367-73.
6 Avins AL, Haber RJ, Hulley SB. The status of hypertriglyceridemia as a risk factor for coronary heart disease. *Clin Lab Med* 1989;9:153-68.
7 Lindestrom E, Boysen G, Nyboe J. Influence of total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol, and triglycerides on risk of cerebrovascular disease. The Copenhagen city heart study. *BMJ* 1994:309:11-5.
8 Bengtsson C, Bjorkelund C, Lapidus L, Lissner L. Associations of serum lipid concentration and obesity with mortality in women: 20 year follow up of participants in prospective population study in Gothenburg, Sweden. *BMJ* 1993;307:1385-8.
9 Stensvold I, Tverdal A, Urdal P, Graff IS. Non-fasting serum triglyceride concentration and mortality from coronary heart disease and any cause in middle aged Nowegian women. *BMJ* 1993;307:1318-22.
10 Manninen V, Tenkanen L, Koskinen P. Joint effects of serum triglyceride and LDL cholesterol and HDL choresterol concentrations on coronary heart disease risk in the Helsinki heart study. Implications for treatment. *Circulation* 1992;85:37-45.
11 Austin MA. Plasma triglyceride and coronary heart disease. *Arterioscler Thromb* 1991;11:2-14.
12 Criqui MH, Heiss G, Cohn R, Cowan LD, Suchindran CM, Bangdiwala S, *et al.* Plasma triglyceride level and mortality from coronary heart disease. *N Engl J Med* 1993;328:1220-5.
13 Avins AL, Hulley SB. Joint effects of serum triglycerides and LDL and HDL cholesterol. *Circulation* 1993;87:300-1.
14 Hulley SB, Newman TB, Grady D, Garber AM, Baron RB, Browner WS. Should we be measuring blood cholesterol levels in young adults? *JAMA* 1993;269:1416-9.

Tratamentul HTA după accidentul vascular cerebral

Se opreşte tratamentul antihipertensiv timp de 10 zile dacă pacientul nu are encefalopatie hipertensivă, disecţie de aortă sau hemoragie intracerebrală

Hipertensiunea este cel mai important factor de risc (potenţial reversibil), pentru bolile vasculo-cerebrale la toate grupele de vârstă. Între hipertensiunea arterială (HTA) şi probabilitatea apariţiei accidentului vascular cerebral (AVC) există o relaţie directă: o creştere de numai 7 mm Hg a tensiunii corespunde unui risc dublu de apariţie a unui AVC.[1] Rolul preventiv al tratamentului antihipertensiv în diminuarea morbidităţii şi mortalităţii accidentelor vasculare cerebrale este bine stabilit: un tratament care determină o scădere de durată a tensiunii arteriale diastolice cu 5-6 mm Hg diminuează cu 35-40% riscul de AVC.[2,3]

Aproximativ 4/5 din pacienţii cu ACV au tensiunea arterială crescută la internarea în spital şi aproximativ 1/3 din ei au antecedente hipertensive.[4] Hipertensiunea scade de obicei spontan în câteva zile, la 10 zile după accidentul ischemic 2/3 din pacienţi fiind normotensivi.[5,6] De aceea doctorii sunt puşi în situaţia de a selecta aceşti pacienţi şi de a decide asupra momentului tratării hipertensiunii.

Există date contradictorii în ceea ce priveşte semnificaţia prognostică a hipertensiunii imediat după accident. Utilizând analize multifactoriale, Carlberg şi colab. au constatat că antecedentele hipertensive sunt predictive pentru valori hipertensive iniţiale la pacienţii internaţi într-un serviciu de terapie intensivă a accidentelor vasculare cerebrale.[7] Cu toate acestea, hipertensiunea ce precede accidentul vascular nu este întotdeauna asociată cu un prognostic sever în sensul mortalităţii premature sau al întârzierii restabilirii funcţionale.[8-10] Deşi cercetări mai vechi sugerează că hipertensiunea imediată unui acccident cerebral este asociată cu un prognostic sever sau cu o slabă restabilire funcţională,[11,12] studii recente arată că HTA apărută imediat după hemoragia cerebrală sau infarct este corelată cu o mortalitate crescută în primele 30 de zile numai la pacienţii cu conştienţă parţial prezentă[13] (aceasta fiind singurul factor de prognostic sever mai important după un AVC).[14] În plus, Levy şi colab. consideră că la o serie de pacienţi nu există o asociere între TA la internare şi refacerea după accidentul acut.[8] Aceste rezultate explică controversa privind utilizarea tratamentului antihipertensiv după accidentul vascular cerebral.[15,16]

În condiţii normale, circulaţia cerebrală este menţinută în limite normale prin autoreglare, la o presiune arterială sistemică medie TAd + (TAs - TAd)/3 între 55 şi 125 mm Hg. Această capacitate de reglare a fluxului cerebral arterial este redusă la pacienţii în vârstă.[17] La pacienţii cu HTA cronică, autoreglarea începe la o presiune sistemică mai mare, sub acest nivel existând o relaţie directă între fluxul de sânge cerebral şi TA medie.

După un atac ischemic, mecanismele normale de autoreglare a circulaţiei cerebrale sunt perturbate. Perfuzia în zona periischemică, care conţine ţesut neuronal potenţial viabil, devine dependentă de presiune.[18] Ca urmare, o creştere a tensiunii arteriale sistemice poate fi interpretată ca un răspuns funcţional adaptativ pentru menţinerea fluxului de sânge în această zonă vulnerabilă. De aceea, hipotensiunea după accidentul vascular cerebral trebuie tratată pentru a evita distrugerile cerebrale anoxice în regiunile din creier cu circulaţie marginală.

Decizia de a trata HTA imediat după atacul ischemic nu este uşor de luat, cunoscute fiind accidentele de hipoperfuzie cerebrală determinate de reducerea excesivă şi rapidă a tensiunii arteriale.[19,20] Este importantă identificarea acelor pacienţi, puţini la număr, cu encefalopatie hipertensivă sau disecţie de aortă al căror tablou clinic mimează un infarct cerebral acut şi care necesită un tratament de urgenţă al hipertensiunii. Tabloul clinic cel mai frecvent întâlnit este cel al unui pacient în vârstă, adesea cu antecedente hipertensive, cu tensiune arterială crescută substanţial în primele zile după internarea în spital pentru un accident vascular cerebral. Ca urmare, se pun o serie de probleme privind pacienţii care necesită tratament antihipertensiv, medicamentele ce trebuie utilizate şi intervalul liber între accident şi începerea tratamentului.

Nu există nici un consens în ceea ce priveşte tratamentul hipertensiunii în faza acută după un accident vascular cerebral. În primele 24 de ore[21] există mari fluctuaţii orare ale tensiunii arteriale, iar la majoritatea pacienţilor hipertensiunea intră în remisie gradată fără tratament.[5,6] Mai mult, pacienţii cu accident acut prezintă o hipersensibilitate marcată la tratamentul antihipertensiv,[4] mai ales dacă sunt în vârstă sau în cazul în care curba autoreglării fluxului cerebral a fost modificată în urma unei hipertensiuni preexistente de lungă durată. Pentru moment nu au fost efectuate cercetări care să studieze în mod specific tratamentul antihipertensiv în faza acută a AVC. Hipotensiunea a fost recunoscută ca un posibil efect secundar al tratamentului în cercetările efectuate în scopul descoperirii eventualelor efecte protectoare cerebrale ale ß-blocantelor şi nimodipinei în atacul acut ischemic. Aceste studii nu au arătat însă nici o influenţă benefică a acestor medicamente asupra mortalităţii sau morbidităţii după AVC[22-24].

Hipertensiunea arterială extremă persistentă este mai frecvent asociată cu hemoragia intracerebrală decât cu infarctul.[25] Nici pentru această situaţie nu au fost publicate studii randomizate care să permită o ghidare clinică echivocă. Se recomandă însă ca hipertensiunile arteriale cu valori mari (TAs > 200 mm Hg, TAd > 120 mm Hg) asociate cu hemoragie intracerebrală (evidenţiată prin CT sau RMN) să fie tratat rapid pentru a limita dezvoltarea unui edem vasogenic produs de distrugerea barierei hemato-encefalice în aria

Scanned with OKEN Scanner

ischemică din jurul hemoragiei[20].

Majoritatea accidentelor vasculare cerebrale apar în provincie, în unităţi medicale unde CT nu este accesibilă, şi ca urmare este necesară o abordare mai pragmatică a tratamentului, recomandările fiind pentru menţinerea unei tensiuni arteriale diastolice mai mare de 110 mm Hg imediat după accidentul acut.[26] Şcoala medicală nord-americană sugerează ca tratament antihipertensiv imediat după atac medicamentele vasodilatatoare cu acţiune scurtă, cum sunt Nitroprusiatul de sodiu şi Labetalolul.[4-20] În acest caz este necesară o monitorizare atentă a tensiunii arteriale, lucru dificil de realizat în afara secţiilor de terapie intensivă sau a centrelor specializate în tratarea accidentelor vasculare cerebrale. În practica medicală britanică, se preferă utilizarea vasodilatatoarelor orale cu acţiune scurtă, cum ar fi Nifedipina.[27] Avantajul acestor medicamente este administrarea sublinguală sau prin tub nasogastric dacă deglutiţia nu este posibilă.

Deocamdată nu există un consens privind momentul optim pentru începerea tratamentului hipotensiv de durată la pacienţi cu hipertensiune persistentă în primele zile după accidentul vascular cerebral. La majoritatea pacienţilor tensiunea arterială se stabilizează în primele 7-10 zile şi, ca urmare, mulţi doctori încep tratamentul după acest interval la cei care rămân hipertensivi.[6] Tratamentul anihipertensiv iniţiat în spital trebuie revizuit după externare, deoarece s-a demonstrat că două treimi din pacienţii ce părăsesc spitalul după accidentul vascular cerebral au tensiunea arterială crescută semnificativ în primul an de monitorizare.[28]

Deşi urmărirea pacienţilor în vârstă a arătat eficienţa tratamentului antihipertensiv în reducerea morbidităţii şi mortalităţii după primul accident vascular cerebral,[29,30] beneficiile pe termen lung ale prevenirii unor accidente ulterioare prin tratarea hipertensiunii sunt nesigure, iar extrapolarea din studii a prevenţiei primare poate fi inadecvată. La ora actuală există puţine date privind rolul reducerii tensiunii arteriale în scăderea riscului de recurenţă a AVC.[31] Ele provin din studii clinice randomizate efectuate pe loturi mici şi în care tratamentul antihipertensiv după accident nu a modificat rata recurenţelor. O serie de cercetări aflate în desfăşurare în China şi în zona australo-asiatică studiază noi modalităţi de prevenire pe termen lung a accidentului secundar prin tratarea hipertensiunii cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei sau cu diuretice. Rămâne ca cercetările viitoare să stabilească modelul evolutiv al hipertensiunii după accidentul vascular cerebral şi rezultatele terapiei sale.

Janice E O'CONNELL
Senior Registrar

Department of Medicine
Queen Elisabeth Hospital,
Gateshead NE9 6SX

Christopher S GRAY
Consultant Physician

Traducere: Dr Gabriel ONISCU

1 MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, *et al.* Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part I. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression bias. *Lancet* 1990;**335**:765-74.
2 Marmot MG, Poulter NR. Primary prevention of stroke. *Lancet* 1990;**339**:344-7.
3 Collins R, Peto R, MacMahon S, Herbert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990;**335**:827-38.
4 Oppenheimer S, Hachinski V. Complications of acute stroke. *Lancet* 1992;**339**:721-4.
5 Britton M, Carlsson A, deFaire U. Blood pressure course in patients with acute stroke and matched controls. *Stroke* 1986;**17**:861-4.
6 Wallace JD, Levy LL. Blood pressure after stroke. *JAMA* 1981;**246**:2177-80.
7 Carlberg B, Asplund K, Hagg E. Factors influencing admission blood pressure levels in patients with acute stroke. *Stroke* 1991;**22**:527-30.
8 Levy DE, Caronna JJ, Lapinski RH, Scherer PG, Pulsinelli WA, Plum F. Clinical predictors of recovery from ischaemic stroke. In: Reivich M, Hurtig HL, eds. *Cerebrovascular diseases.* New York: Raven Press, 1983;121-8.
9 Feigenson JS, Fletcher H, McDowell FH, Meese D, McCarthy ML, Greenberg SD. Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. *Stroke* 1977;**8**:651-7.
10 Henley S, Pettit S, Todd-Pokropek A, Tupper AM. Who goes home. Predictive factors in stroke recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;**48**:1-6.
11 Bourestom NC. Predictors of long term recovery in cerebrovascular disease. *Arch Phys Med Rehabil* 1967;**48**:415-9.
12 Marquarsden J. The natural history of acute cerebrovascular disease; a retrospective study of 769 patients. *Acta Neurol Scand* 1969;**45**(suppl 38):192.
13 Carlberg B, Asplund K, Hagg E. The prognostic value of admission blood pressure in patients with acute stroke. *Stroke* 1993;**24**:1372-5.
14 Oxbury JM, Greenhall RCD, Grainger KMR. Predicting outcome of stroke: acute stage after cerebral infarction. *BMJ* 1975;**3**:125-7.
15 Yatsu FM, Zivin J. Hypertension in acute ischaemic strokes. Not to treat. *Arch Neurol* 1985;**42**:999-1000.
16 Spence JD, Del Maestro RF. Hypertension in acute ischaemic strokes. Treat. *Arch Neurol* 1985;**42**:100-2.
17 Wollner L, McMarthy ST, Soper NDW, Macy DJ. Failure of cerebral autoregulation as a cause of brain dysfunction in the elderly. *BMJ* 1979;**1**:1117-8.
18 Treatment for stroke? [editorial] *Lancet* 1991;**337**:1129-30.
19 Britton M, de Faire ULF, Helmers C. Hazards of therapy for excesive hypertension in acute stroke. *Acta Med Scand* 1980;**207**:253-7.
20 Lavin P. Management of hypertension in patients with acute stroke. *Arch Intern Med* 1986; **146**:66-8.
21 Nunes JP, Faria MdS, Polonia JJ. Acute ischaemic stroke during ambulatory blood pressure monitoring. *Lancet* 1992;**339**:1113-4.
22 Barer DH, Cruikshank JM, Ebrahim SB, Mitchell JRA. Low dose beta-blockade in acute stroke ("BEST" trial): an evaluation. *BMJ* 1988;**296**:737-41.
23 Trust Study Group. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial of nimodipine in acute stroke. *Lancet* 1990;**336**:1205-9.
24 American Nimodipine Study Group. Clinical trial of nimodipine in acute ischaemic stroke. *Stroke* 1992;**23**:2-8.
25 Carlberg B, Asplund K, Hagg E. Course of blood pressure in different subsets of patients after acute stroke. *Cerebrovasc Dis* 1991;**1**:281-7.
26 Humphrey P. Cerebrovascular disease. In: Tallis R, ed. *The clinical neurology of old age.* New York: Wiley, 1989:101-26.
27 Hypertensive emergencies [editorial.] *Lancet* 1991;**338**:220-1.
28 Carlsson A, Britton M. Blood pressure after stroke. A one-year follow-up study. *Stroke* 1993;**24**:195-9.
29 Dahlof B, Lindholm LH, Hansson L, Schersten B, Ekbom T, Wester P-O. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension). *Lancet* 1991;**338**:1281-5.
30 MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992;**204**:405-12.
31 Hypertension Stroke Co-operative Study Group. Effect of anti-hypertension treatment on stroke recurrence. *JAMA* 1974;**229**:409-18.

Astmul la copii — factori de mediu

Sensibilizarea crescută la alergenii inhalatori este cea mai probabilă explicaţie a prevalenţei crescute a astmului la copii

Recent au fost publicate două studii privind astmul în copilărie, studii efectuate la un interval de 10-15 ani, cu aceleaşi metode de urmărire şi de stabilire a obiectivelor. Fiecare din ele arată o creştere a simptomelor astmului, a hipersensibilităţii aeriene şi a rinitelor sezoniere.[1,2] Prevalenţa crescută a astmului a fost însoţită de o creştere a sensibilizării copiilor la alergenii inhalaţi, cum ar fi cei din praful de casă, blana animalelor şi polen.[3]

Cu toate că factorii genetici sunt importanţi în determinarea atât a tendinţei bolilor atopice cât şi a specificităţii răspunsului la epitopii proteici, perioada scurtă de timp în care a avut loc creşterea incidenţei astmului şi a altor boli alergice sugerează că factorii de mediu au fost cauza principală. De exemplu, studiile efectuate în cadrul forţelor armate finlandeze au arătat în ultimii 30 de ani o creştere de 20 de ori a incidenţei astmului printre recruţii de 18 ani.[4]

O altă dovadă a influenţei importante a factorilor de mediu provine dintr-o observaţie recentă, care arată că sensibilitatea la aeroalergenii comuni este dublă în cadrul copiilor din

Scanned with OKEN Scanner

München faţă de copii asemănători genetic din două oraşe din fosta Germanie de Est, Leipzig şi Halle. În faţa acestor evidenţe, se pare că modificările de mediu au fost similare în ţările occidentale în ultimii 30-40 de ani.

Astmul la copii este predominant o malarie alergică, schimbările apărând, probabil, în expunerea (cantitativă sau calitativă) la aeroalergeni sau în expunerea concomitentă la factori care modifică răspunsul la alergeni. Aceşti factori pot fi diverşi iritanţi respiratori, cum ar fi fumul de ţigară şi, probabil, poluanţii aerieni. Fumătorii au un risc crescut de sensibilizare la alergenii inhalaţi din mediul de lucru, cum ar fi proteinele[6] şi substanţele chimice cu masa moleculară mică.[7] Cercetări experimentale efectuate pe animale au arătat că bioxidul de sulf şi ozonul cresc riscul, atât al sensibilizării cât şi al hipersensibilităţii aeriene faţă de alergenii inhalatori şi haptene. Studiile, care au avut ca subiect forţele de muncă expuse la sensibilizanţi respiratori, sugerează că cea mai mare incidenţă a sensibilizării apare în primii doi ani de la angajare. Expunerea concomitentă la iritanţi respiratori (fumatul) creşte riscul sensibilizării în această perioadă.[7] Se pare că există o "fereastră de vulnerabilitate" în perioada de după expunerea iniţială la noi alergeni, în timpul căreia efectele expunerii la orice factori modificatori sunt maxime.

Apariţia alergiei în prima copilărie este probabil influenţată de factori fetali precum şi de factori prezenţi după naştere, cum ar fi expunerea la alergenii inhalanţi. Nivelul expunerii la acarieni în copilărie este corelat cu dezvoltarea ulterioară a unei stări de sensibilitate specifică astmului.[10] Măsurători efectuate în casele din Australia sugerează o creştere seculară a acestor expuneri, dar, în mod surprinzător, nici o creştere a sensibilizării la acarieni.[2] Acest mecanism nu poate explica deci singur creşterea ratelor de sensibilizare la alţi alergeni inhalaţi. Rolul infecţiei în prima perioadă de viaţă este reconsiderat ca urmare a unor observaţii conform cărora există o relaţie invers proporţională între mărimea familiei şi rata sensibilizării la teste cutanate la copii şi manifestările asociate ale bolilor alergice, inclusiv astmul.[11] Expunerea în copilărie la infecţii respiratorii tinde să apară precoce în familii mari, iar infecţiile virale pot scădea producerea IgE, posibil prin producerea de gama-interfon prin stimulare preferenţială a limfocitelor TH1, dar acest mecanism rămâne să fie demonstrat.

Care iritant?

Iritanţii respiratori care au primit cea mai mare atenţie sunt fumul de ţigară şi poluanţii atmosferici, în special gazele de eşapament. Copiii îşi petrec majoritatea timpului în case şi, ca urmare, resursele domestice de poluare sunt cel puţin la fel de importante ca şi cele externe.

Dovezile actuale privind efectul direct al particulelor de bioxid de azot sau al altor expuneri similare asupra dezvoltării unei sensibilizări alergice în copilărie sunt neconcludente. Orice rol modificator al răspunsului la expunerea la aero-alergeni nu a fost deocamdată examinat atent.

În mod curios, creşterea seculară a astmului în Marea Britanie a coincis cu o rată crescută a fumatului la femeile tinere. Fumatul în cursul sarcinii pare să afecteze funcţia respiratorie a copilului, independent de expunerea postnatală la fumatul de ţigări şi de concentraţia de IgE din măduva spinării.[12,13]

Într-un studiu efectuat la Tucson, SUA, procentul de copii cu episoade de suferinţe respiratorii în etajul inferior în cursul celui de-al treilea an de viaţă, a fost direct proporţional cu concentraţiile medulare de IgE, în ciuda faptului că relaţia a fost inversă în cursul primului an de viaţă.[14] Departe de a afirma că wheezing-ul intens în primii trei ani de viaţă ar fi echivalent cu astmul, aceste studii au sugerat că modificările în expunerea prenatală la substanţe ce schimbă răspunsul la aeroalergeni sunt la fel de importante ca şi modificările în expunerea la alergenii propriu-zişi.

Mecanismul acestor modificări, în special al celor prenatale, rămâne însă necunoscut.

Explicaţia creşterii incidenţei astmului în copilărie este fără îndoială complicată şi rămâne incomplet cunoscută, dar o serie de fapte trebuie subliniate: wheezing-ul asociat cu infecţia virală în primii ani de viaţă trebuie deosebit în mod clar de astmul copilului: influenţele din viaţa fetală şi postnatală precum şi interacţiunile lor sunt, probabil, importante. Pare puţin probabil ca modificările în expunerea la aeroalergeni să fie singurele implicate.

P CULLINAN
Lecturer

AJ NEWMAN TAYLOR
Consultant Physician

Dept. of Occupational & Environmental Medicine
National Heart and Lung Institute
London SW 3 6LR

Traducere: Dr Gabriel ONISCU

1 Burr ML, Butland BK, King S, Vaughan-Williams E. Changes in asthma prevalence 15 years apart. *Arch Dis Child* 1989;**64**:1452-6.
2 Peat K, van den Berg RH, Green WF, Mellis CM, Leeder SR, Woolcock AJ. Changing prevalence of asthma in Australian children. *BMJ* 1994;**308**:1591-6.
3 Nakagomi T, Itaya H, Tominaga T, Yamaki M, Hisamatsu S-I, Nakagomi O. Is atopy increasing? *Lancet* 1994;**343**:121.
4 Haahtela T, Lindholm H, Borksten F, Koskenvuo K, Laitinen LA. Prevalence of asthma in Finnish young men. *BMJ* 1990;**301**:266-8.
5 von Mutius E, Martinez F, Fritzsch C, Nicolai T, Roell G, Thienmann H. Prevalence of asthma and atopy in two areas of West and Est Germany. *Am J Resp Crit Care Med* 1994;**149**:358-64.
6 Cullinan P, Lowson D, Nieuwenhuijsen M. Work-related symptoms, sensitisation and estimated exposure in workers not previously exposed to laboratory rats. *Occupational and Environmental Medicine* (in press).
7 Venables K, Dally M, Nunn A, Stevens JF, Stephens R, Farrer N, *et al.* Smoking and occupational allegry in workers in a platinum refinery. *BMJ* 1989;**299**:939-42.
8 Riedel F, Kramer M, Scheinbenbongen C, Rieger C. Effects of S02 exposure on allergic sensitisation in the guinea pig. J Allegry Clin Immunology 1988;82:527-34.
9 Biagini R, Moorman W, Lewis T, Bernstein I. Ozone enhacement of platinum asthma in a primate model. *Am Rev Respir Dis* 1986;**134**:719-25.
10 Sporik R, Holgate S, Platts-Mills T, Cogswell J. Exposure to house dust mite allergen (Der p I) and the development of asthma in childhood. *N Engl J Med* 1990;**323**:502-7.
11 von Mutius E, Martinez F, Fritzsch C, Nicolai T, Reitmeir P, Thiemann H. Skin test reactivity and number of siblings. *BMJ* 1994;**308**:692-5.
12 Hanrahan J, Tager I, Segal M, Tosteson TD, Castile RG, Van Vunakis H, *et al.* The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am Rev Respir Dis* 1992;**145**:1129-35.
13 Magnusson C. Maternal smoking influences cord serum IgE and IgD leves and increases the risk for subsequent infant allergiy. *J Allergy Clin Immunol* 1986;**78**:898-904.
14 Halonen M, Stern D, Holberg C, Taussing L, Ray G, Wrigh A, et al. The changing relationship of lower respiratory illness (LRI) incidence in the first three years of life to umbilical cord serum IgE levels. *Am Rev Respir Dis* 1993;**147**(suppl):A15.

Decizii privind resuscitarea cardio-respiratorie

Este timpul discuţiilor

Implicarea pacienţilor în deciziile privind îngrijirea lor este morală, necesară clinic şi din punct de vedere medico-legal, indiferent de vârsta lor. Odată luată decizia de a nu se apela la resuscitarea cardio-respiratorie, indicaţia ulterioară de abţinere de la resuscitare este frecventă. În SUA, consimţământul pacientului este obligatoriu pentru indicaţia de resuscitare şi este înscrisă în regulamentele spitalelor şi legile statului. În Marea Britanie acest punct de vedere este respins, pentru că se înlocuieşte tradiţia umană a îngrijirii medicale cu o aderenţă *ad literam* la o anumită politică.[1] Cu toate acestea, principiul etic al respectării autonomiei pacienţilor, precum şi obiectivul practic al asistenţei medicale cu cât mai puţine traume pentru bolnav necesită implicarea acestora în luarea deciziilor.[2]

Scanned with OKEN Scanner

Pentru a stabili punctul de vedere al pacienţilor trebuie stabilite metode valabile, clare şi, nu în ultimul rând, umane. Pacienţii competenţi trebuie consultaţi în orice situaţie, mai puţin în cele în care discutarea deciziei de resuscitare ar fi foarte traumatică sau dacă manevra în sine ar fi inutilă.

Trei articole publicate în BMJ, vol 308, din 25 iunie 1994 discută problematica abţinerii de la resuscitarea cardio-respiratorie. Doyle şi colab. precum şi Morgan şi colab.[3,4] au realizat un sondaj al opiniilor doctorilor şi pacienţilor privind resuscitarea cardio-respiratorie. Doyle discuta implicaţiile legale şi morale ale abţinerii de la resuscitare la bolnavii fără discernământ, în mod particular la cei în vârstă cu antecedente de accident vascular cerebral sau demenţă. Primele două studii au arătat că nu există un punct de vedere comun al medicilor şi pacienţilor privind resuscitarea.[5]

Studiul efectuat de Hill şi colab. evidenţiază că majoritatea doctorilor nu consideră necesară implicarea pacienţilor în luarea deciziilor şi nu discută problematica resuscitării cardio-respiratorii cu bolnavii lor. Aceste rezultate sunt însă extrapolate, cercetarea fiind efectuată doar pe un lot restrâns şi cu o rată de răspuns joasă.[6]

În contrast cu cele arătate mai sus, o serie de studii au arătat că majoritatea pacienţilor sunt dispuşi să coopereze, considerând că medicii ar trebui să discute cu dânşii strategiile privind resuscitarea cardio-respiratorie.[3,4] Paradoxal însă, un număr foarte mic de bolnavi ar dori să fie implicaţi în mod activ în luarea unei decizii finale.[3-7] Această diferenţiere subtilă trebuie explorată şi aprofundată pentru a stabili cele mai umane modalităţi de abordare a pacienţilor în discutarea deciziei de resuscitare cardio-respiratorie.

Dacă discutarea opţiunii de resusucitare este trumatizantă pentru un bolnav, atunci decizia de a nu-l implica este justificată. În acest caz, documentarea şi argumentarea traumei provocate de aceste discuţii va trebui să fie mult mai solidă decât în prezent, pentru a putea selecta cu mult discernământ cele două categorii de bolnavi.[8]

Doresc pacienţii resuscitarea cardio-respiratorie? Atât Hill şi colab. cât şi Morgan şi colab., în cele două din studiile citate mai sus, au descoperit că pacienţii sunt mai puţin doritori decât medicii lor curanţi să aplice această terapie. Cu toate acestea, o serie de studii sugerează contrariul. Astfel, Liddle şi colab., pe un lot de 67 de bolnavi din care la 60 s-a stabilit inutilitatea resuscitării, a descoperit că 49 dintre aceştia doreau aplicarea manevrelor de resuscitare cardio-respiratorie.[7] Discrepanţele existente între opiniile medicilor şi ale pacienţilor privind resuscitarea pot fi explicate în mare parte prin tendinţa pacienţilor vârstnici de a supraestima rata de succes a metodei.[9] O informare corectă asupra ratei reale de succes a dus la scăderea la jumătate a bolnavilor vârstnici care optează pentru resuscitarea cardio-respiratorie în SUA (Murphy şi colab.).[10]

Aceste exemple demonstrează că, pentru a formula o opţiune clară, pacientul trebuie să fie bine informat asupra alternativelor ce i se oferă, cu avantajele şi dezavantajele lor.

O altă problemă care se pune este cea a modalităţii în care medicul ar putea afla punctul de vedere şi opţiunea bolnavului. Cea mai uşoară ar fi discuţia deschisă şi întrebarea directă.[5] Pe de altă parte, discutarea explicită a deciziei de abţinere de la resuscitare nu este necesară pentru fiecare pacient în deplinătatea facultăţilor mintale. Punctul său de vedere poate fi dedus în urma unor discuţii colaterale privind scopul tratamentului. Rămâne însă de verificat de către doctor dacă opţiunile astfel deduse, reprezintă reflecţii solide şi reale ale punctului de vedere al pacientului ce pot fi extrapolate şi la resuscitarea cardio-respiratorie. Uneori este posibilă schimbarea de atitudine a bolnavilor faţă de o terapie sau alta, astfel încât evaluarea opţiunii de resuscitare cardio-respiratorie trebuie făcută sistematic.[11]

În prezent există un consens larg privind categoriile de bolnavi pentru care resuscitarea are un prognostic nefast printre care amintim neoplasmele în stadiile terminale sau pacienţi la care exitusul este o chestiune de zile sau săptămâni.[12] În astfel de situaţii în care resuscitarea cardio-respiratorie este considerată a fi inutilă, medicii nu trebuie să discute cu bolnavul şi nici să o ofere ca posibilitate terapeutică. Un alt aspect controversat al problemei este cel legat de vârstă. Opiniile sunt împărţite, existând o serie de studii care au arătat un prognostic favorabil după resuscitarea cardio-respiratorie la bătrâni, pe când altele o contraindică.[13] Trebuie precizat că vârsta, luată ca unic factor, nu duce automat la inutilitatea resuscitării, existând şi alte condiţii ce trebuie luate în calcul. În mod paradoxal, Hill şi colab. au arătat în studiul mai sus menţionat că aproximativ 29% din medicii specialişti intervievaţi nu resuscitează pacienţi sănătoşi peste 70 de ani, aparent doar pe baza criteriului de vârstă. La cealaltă extremă s-au situat 1/3 din medici, care ar resuscita şi pacienţi cu neoplazii în stadii avansate.

Aceste exemple sugerează că nu există o limită clară dincolo de care resuscitarea să fie considerată de toată lumea inutilă. Ca urmare, sunt necesare studii aprofundate pentru a stabili indicatorii prognostici pentru resuscitarea cardio-respiratorie şi propagarea acestor informaţii pentru acceptarea unui punct de vedere comun.

Când pacienţii nu au discernământ, medicii trebuie să decidă pentru dânşii în legătură cu aplicarea resuscitării cardio-respiratorii în modul cel mai potrivit. Doyal şi Wilsher, într-unul din studiile menţionate, sugerează că pacienţii trebuie consideraţi ca având discernământ, cu excepţia cazului când sunt incapabili să înţeleagă în mod specific problematica şi să ia o decizie raţională privind resuscitarea cardio-respiratorie. Nu trebuie confundată şi generalizată incapacitatea pacienţilor de a decide asupra altor probleme, cum ar fi cazul celor cu demenţă uşoară sau moderată.

De asemenea, este sugerată ideea că resuscitarea cardio-respiratorie nu este un act legal şi moral în interesul bolnavilor cu demenţă severă sau cu tulburări cognitive post-accident vascular cerebral, echivalente cu distrucţii cerebrale masive. În cazul pacienţilor cu demenţe mai puţin severe şi care sunt incapabili de a lua o decizie, resuscitarea cardio-respiratorie poate fi în interesul lor, dacă activitatea lor de fiinţă socială nu este compromisă într-atât, încât nu pot concepe planuri sau lua decizii.

În practică, nu există un algoritm simplu de diagnostic, stabilirea competenţei şi determinarea celei mai bune decizii fiind foarte complexe. Decizia privind resuscitarea pacienţilor cu lipsă de discernământ trebuie să fie explicită şi stabilită prin consens între toţi membrii echipei medicale. Căile de obţinere a acestui consens şi luarea unei decizii adecvate sunt importante, una din modalităţi fiind existenţa unei politici scrise şi unanim acceptate.[14]

Dominique FLORIN
Honorary lecturer in Public Health Medicine

Health Promotion Sciences Unit,
Department of Public Health and Policy,
London School of Hygiene and Tropical Medicine,
London WC1E 7HT

Traducere: Dr Gabriel ONISCU

1 Saunders J Who's for CPR? J R Coll Physicians Lond 1992;26:254-7.
2 Gillon R. Resuscitation policies—action required. J Med Ethics 1992;18:115-6
3 Hill ME, McQuillan G, Forsyth M, Heath D. Cardiopulmonary resuscitation—who makes the decision? BMJ 1994;308:1677.
4 Morgan R, King D, Prajapati C, Rowe J. Views of elderly patients and their relatives on cardiopulmonary resuscitation. BMJ 1994;308:1677-8
5 Doyal L, Wilsher D. Withdrawing life sustaining treatment in elderly people: towards formal guidelines. BMJ 1994;308:1689-92
6 Davies KN, King D, Silas JH. Profesional attitudes to cardiopulmonary resuscitation in departaments of geriatric and general medicine. JR Coll Physicians Lond 1993;27:127-30
7 Liddle J, Gilleard C, Neil A. Ederly patients' and their relatives' views on CPR. Lancet 1993;342:1055.
8 Schade SG, Muslin H. Do not resuscitate decision: discussion with patients. J Med Ethics 1989;15:186-90
9 Miller DL, Jahnigen DW, Gorbien MJ, Simbartl L. Cardiopulmonary resuscitation: how useful? Attitudes and knowledge of an elderly population. Arch Intern Med 1992;152:578-82
10 Murphy DJ, Burrows D, Santilli RN, Kemp AW, Tenner S, Kreling B, et al. The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med 1994;330:545-9
11 Silverstein MD, Stocking CB, Antel JP, Beckwith J, Roos RP, Siegler M. Amyotrophic lateral sclerosis and life-sustaining therapy: patients' desires for information, participation in decision making, and life sustaining therapy. Mayo Clin Pro 1991;66:906-13.
12 Buck R. Who's for CPR? J R Coll Physicians Lond 1992;26:461-2
13 Smith EM, Hastie IR. Resuscitation status of the elderly. J R Coll Phisicians Lond 1992;26:377-9.
14 Florin D. "Do not resuscitate" orders: the need for a policy. J R Coll Physicians Lond 1993;27:135-8.

Scanned with OKEN Scanner

ŞTIRI

India interzice comerţul cu organe umane

O lege recent trecută prin parlamentul indian interzice comerţul cu organe umane şi redefineşte criteriile pe baza cărora organele pot fi extrase de la un pacient considerat mort cerebral. Se speră astfel că noua lege a "transplantării organelor umane" va pune capăt acestui tip de comerţ, înfloritor, dealtfel în India. De asemenea, legea deschide calea primelor operaţii de transplant hepatic şi de cord în India şi se aşteaptă ca astfel să poată fi crescut şi numărul rinichilor disponibili pentru transplant. Aprobarea parlamentului vine după aproape cinci ani de campanii desfăşurate în întreaga ţară de organizaţii medicale şi nemedicale împotriva metodelor considerate neetice de recoltare a organelor pentru transplant.

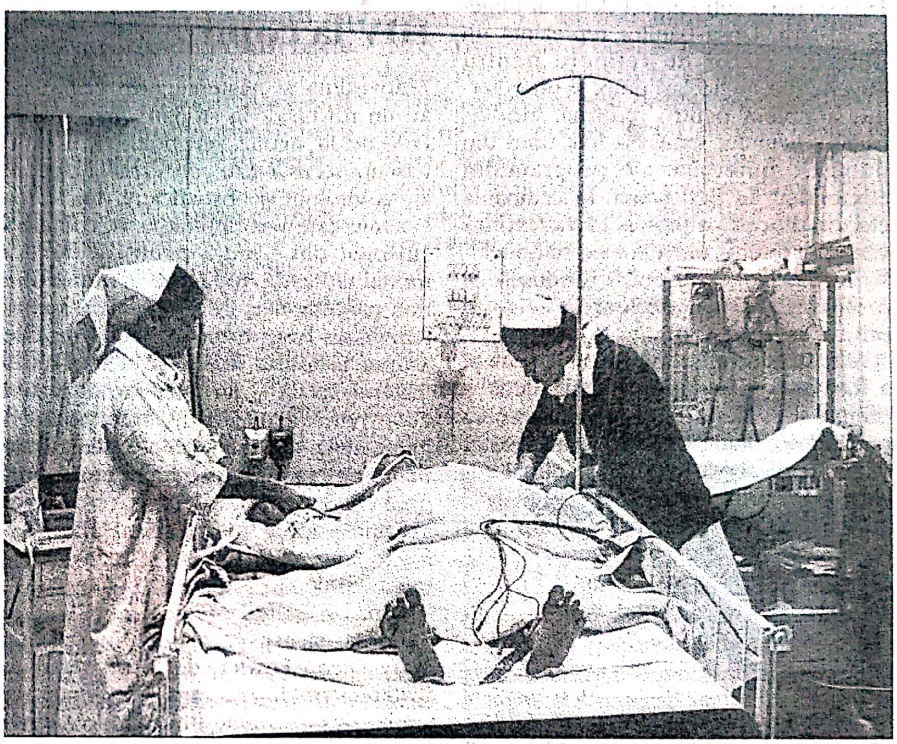
Până în prezent, doctorii nu puteau recolta în mod legal organe de la persoanele considerate moarte cerebral, deoarece legea din India recunoştea moartea ca fiind absenţa bătăilor cordului. Aproape toate transplantele renale proveneau de la donori vii, însă lipsa acută de donori potriviţi a dus la formarea unei adevărate pieţe negre. Aproape 70% din rinichii transplantaţi în India provin de la donori plătiţi. Oamenii săraci îşi vând un rinichi pentru aproximativ 10.000 de rupii (£212), însă agenţii care aranjează tranzacţia încasează între 30.000 şi 100.000 de rupii.

Până în prezent, pacienţii care necesitau un transplant hepatic sau de cord trebuiau să plece în străinătate pentru a putea face operaţia. Numai pentru transplant hepatic se diagnostichează în fiecare an aproximativ 10.000 de posibili candidaţi. "Numai cei foarte bogaţi îşi pot permite să meargă în străinătate pentru un transplant", spune Dr. Samiran Nundy, şeful departamentului de chirurgie gastrointestinală de la All India Institute of Medical Sciences din New Delhi. "Prin recunoaşterea morţii cerebrale ca moment al decesului unui pacient, se vor putea obţine organe pentru câteva mii de bolnavi care necesită transplant în India" afirmă Dr. Nundy.

Noua lege se referă în mod special la o serie de organe, cum ar fi rinichii, inima, ficatul, pancreasul şi corneea. Se interzice comerţul sau orice fel de tranzacţii cu aceste organe, abaterile fiind considerate sub incidenţa codului penal. Tatăl, mama, un frate ori o soră pot fi donori vii pentru un pacient. Însă propunerile pentru donări din partea altor persoane vor fi supuse analizei unui comitet medico-legal special format, care va considera fiecare caz în parte. Medicii care vor încălca aceste prevederi vor avea licenţa suspendată sau chiar anulată. Agenţii implicaţi în tranzacţia acestor organe vor primi amenzi sau pedepse cu închisoarea până la 7 ani.

Numai în anumite centre stabilite de guvern, pacienţii vor putea fi declaraţi morţi cerebral şi li se vor putea recolta organe pentru transplant. Confirmarea morţii cerebrale se va face de către doctori care nu sunt membri ai echipei de transplant, dintre care cel puţin doi trebuie să fie specialişti neurologi independenţi.

Doctorii sunt însă îngrijoraţi de rezistenţa pe care o vor întâmpina din partea familiei persoane decedate la propunerea de a se recolta organe pentru transplant. "Pentru a putea beneficia cu adevărat de noile legi, anumite atitudini din societate vor trebui să se schimbe", spune Dr. Surendra Kumar Mathur, chirurg la King Edward Memorial Hospital din Bombay — Guru NANDAN, science writer, New Delhi.



NETOCYNY/PANOS

Numai în anumite centre stabilite de guvern pacienţii vor putea fi declaraţi morţi cerebral

Criza serviciului medical din Italia

Lucrătorii serviciului medical public din Italia, printre care şi medicii, pregătesc o grevă generală, organizând astfel o primire în stil italian noului ministru al sănătăţii, domnul Raffaele Costa. Greva, pe durata căreia se vor asigura numai serviciile medicale de urgenţă, urmăreşte, în special, revendicări salariale şi nu reprezintă o reacţie la formarea noului guvern. Ea atrage însă atenţia asupra principalelor probleme pe care le va avea de rezolvat domnul ministru Costa, care se pregăteşte să introducă în sistemul sanitar mecanismele economiei de piaţă, deziderat pentru care mulţi italieni au votat în luna martie a acestui an. La aceste alegeri generale, care practic au eliminat din arena politică partidele acuzate de corupţie ce au condus Italia din 1940, electoratul a votat în favoarea unei alianţe de dreapta, condusă de omul de afaceri şi proprietarul televiziunii naţionale, domnul Silvio Berlusconi.

La fel ca toţi ceilalţi lucrători din serviciul public, angajaţii în Servizio Sanitario Nazionale au semnat contracte colective de salarizare pe termen de

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

câţiva ani. Ultimul contract a expirat cu mai mult de un an în urmă, însă guvernul actual întârzie renegocierea unui nou contract, temîndu-se că aceasta ar duce la o majorare substanţială a cheltuielilor pentru sănătate.

Datoria naţională a Italiei este a treia ca mărime în lume, după cea a Statelor Unite şi a Japoniei. Guvernele care s-au succedat până în prezent nu au reuşit încă să pună sub control deficitul bugetar al ţării. Lipsa banilor reprezintă un puternic factor de reţinere pentru guvern, dar, în acelaşi timp, şi un puternic stimulent pentru reformă. Modificarea sistemului sanitar a fost unul din punctele puternice ale programului electoral al lui Berlusconi. În campania electorală acesta a promis că va favoriza vânzarea tuturor unităţilor de stat, inclusiv a spitalelor, care pot fi conduse mai profitabil sau mai eficient în sectorul privat.

Atitudinea noului ministru al sănătăţii a fost însă mai puţin radicală decît a premierului Berlusconi, domnul Costa punând accentul pe transformarea sistemului medical existent într-unul mai eficient şi mai puţin costisitor.

Domnul Costa este unul dintre puţinii oameni politici din garda veche care a obţinut un post guvernamental în noul cabinet. El şi-a câştigat un nume în arena politică prin activitatea sa de parlamentar, când a urmărit îndeaproape serviciile publice, mergând pînă la a dispune fotografierea în secret a birocraţilor care plecau de la minister în timpul programului pentru o cafea sau pentru cumpărături.

Acelaşi zel l-a caracterizat pe domnul Costa şi în primele săptămâni după numirea sa ca ministru. Prima mişcare a fost să atace doctorii care folosesc facilităţile sectorului medical de stat pentru a atrage pacienţi în cabinetele lor particulare, utilizând astfel metode inechitabile pentru a lua pacienţii altor doctori. Apoi, domnul ministru a plecat într-un turneu, vizitând numeroasele spitale neterminate din Italia. Întîrzierile — care merg pînă la o decadă în cele mai rele cazuri — sunt rezultatul sistemului corupt prin care se acordă contractele în construcţii şi căruia noul guvern este decis să-i pună capăt.

Până în prezent, singura iniţiativă legislativă a domnului Costa a fost să introducă o întârziere a schimbării propriului minister. Chiar înainte ca guvernul domnului Berlusconi să preia puterea, a fost pus la punct un plan, prin care se preconiza aducerea specialiştilor manageri în ierarhia birocratică a serviciului sanitar naţional. Cu toate acestea, s-a întâmplat ca marea majoritate a candidaţilor care au depus cereri pentru aceste posturi să nu fie alţii decât tot persoane care au deţinut funcţii în structurile sanitare deja existente.

Domnul Costa, prin iniţiativa sa legislativă, a blocat numirile pînă la momentul cînd se vor recruta candidaţi "cu experienţă dobîndită în structurile particulare". — Lucinda EVANS, freelance journalist, Rome.

Zidovudina ar putea stopa infectarea cu HIV la copii

Zidovudina şi naşterea prin cezariană au un rol major în stoparea transmiterii HIV de la mama seropozitivă la nou născut. Aceasta este concluzia la care au ajuns virologi şi obstetricieni din Marea Britanie care s-au întîlnit la St Thomas's Hospital din Londra pentru a discuta modalităţile de reducere a numărului nou născuţilor cu infecţii virale. La conferinţă, au fost prezentate studii recente asupra factorilor implicaţi în transmisia materno-fetală şi au avut loc dezbateri cu privire la modul în care poate fi îmbunătăţit screening-ul infecţiilor virale în timpul sarcinii şi tratamentul sarcinilor cu risc crescut.

Conferinţa a fost prezidată de Profesor Jangu Banatvala, şeful departamentului de virusologie de la Guy's şi St Thomas's United Medical and Dental Schools, şi a avut printre invitaţi pe Mary Glenn Fowler, de la US National Institutes of Health, care a prezentat un studiu despre administrarea zidovudinei femeilor însărcinate în scopul prevenirii transmiterii perinatale a infecţiei cu HIV.

Se cunosc în prezent câteva modalităţi de reducere a riscului de transmitere a infecţiei virale doar parţial eficiente, însă multe sunt cu efecte secundare importante asupra grupului de 85% de copii care se nasc sănătoşi din mamele seropozitive. Zidovudina reduce transmiterea virală cu două treimi însă la conferinţă, au fost doctori care şi-au exprimat rezervele faţă de administrarea unui atât de puternic antiviral feţilor care s-ar putea să fie, dealtfel, sănătoşi. Majoritatea infectărilor survin în special în timpul trecerii prin canalul pelvin şi este demonstrat că naşterea prin cezariană reduce la jumătate riscul infectării, însă aceasta este apreciată ca o soluţie imperfectă a problemei. Cercetătorii şi-au exprimat, de asemenea, îndoiala faţă de dorinţa femeilor însărcinate de a mai lua parte şi în alte studii experimentale cu zidovudină, odată ce aparenta eficacitate a acesteia de a stopa transmiterea HIV la nou născuţi devine larg cunoscută.

La conferinţă au mai fost discutate şi o serie de alte studii cu privire la factorii de risc speciali pentru infecţiile virale din timpul sarcinii . Dr. Graham Burton, de la Cambridge University a sugerat că distrugeri la nivelul ultrastructurii placentei pot avea şi un efect permisiv pentru virus.

O serie de pediatri şi obstetricieni prezenţi la conferinţă au criticat modul dezorganizat în care este abordată problema, în special în Londra. S-a recomandat o mai bună consultare a doctorului cu femeile însărcinate, pentru a le îndemna să participe în programele de screening precum şi pentru a ghida cuplurile asupra modului în care trebuie intervenit în caz de infecţie. Conform Profesorului Banatvala acesta este un punct sensibil pentru femeia însărcinată. "Mamei nu-i plac aceste discuţii deoarece consideră sarcina ca pe o perioadă fericită şi lipsită de griji, în care nici nu vrea să audă de HIV". — Owen DYER, freelance journalist, London.

MORGAN/SPL

Copil cu HIV: majoritatea infectărilor survin în special în timpul trecerii prin canalul pelvin

Tromboza venoasă profundă şi malignităţile oculte: studiu epidemiologic

M Nordström, B Lindblad, H Anderson, D Bergqvist, T Kjellström

Rezumat

Obiective **- Determinarea riscului de dezvoltare a unei malignităţi la pacienţii cu tromboze venoase profunde confirmate flebografic.**

Design **- Au fost urmăriţi toţi pacienţii investigaţi flebografic pentru suspiciune de tromboză venoasă profundă în perioada 1984-1988.**

Subiecţi **- 4399 pacienţi la care s-a practicat flebografie într-un spital.**

Localizare **- Spitalul General din Malmö, Suedia, deservind o populaţie de 230 000 de locuitori.**

Principalul parametru urmărit **- Numărul de malignităţi înregistrate.**

Rezultate **- S-au practicat flebografii la 4.399 de pacienţi pentru suspiciunea de tromboză venoasă profundă; 604 erau cunoscuţi ca având o malignitate în momentul flebografiei şi au fost excluşi din analiza ulterioară; 1.383 au avut tromboză venoasă profundă, dintre aceştia 150 dezvoltând ulterior un cancer; 182 dintre cei 2412 pacienţi fără tromboză au dezvoltat un cancer.**

În primele 6 luni după flebografie, 66 din pacienţii cu tromboză au dezvoltat malignităţi, faţă de numai 37 de pacienţi din grupul fără tromboză (p<0,0001); 38 din cancerele din grupul pacienţilor cu tromboză venoasă profundă au fost detectate prin anamneză, examen fizic şi teste de laborator. Trei pacienţi au prezentat tromboză venoasă profundă postoperatorie sau post-traumatică. Doar 2 dintre pacienţii rămaşi ar fi putut beneficia de depistare precoce prin screening extensiv. După 6 luni, incidenţa cancerului a fost identică la pacienţii cu şi fără tromboză.

Concluzii **- Tromboza venoasă profundă este asociată cu o frecvenţă semnificativ crescută a malignităţilor în primele 6 luni după diagnostic. Malignităţile pot fi depistate prin metode clinice simple, condiţii în care nu se impune un screening extins.**

Introducere

Deşi există un număr mare de studii care au investigat tromboembolismul venos, există puţine informaţii cu privire la epidemiologia sa. Un studiu prospectiv pe 366 de pacienţi în Malmö, Suedia, trataţi consecutiv unei flebografii pozitive, raportează o incidenţă globală a trombozei venoase profunde de 159/100.000 locuitori pe an.[1] La momentul diagnosticului de tromboză venoasă profundă, 71 pacienţi (19%) aveau un diagnostic de cancer şi alţi 19 (5%) au dezvoltat un cancer în cursul primului an. 8 dintre cancere erau evidente în momentul diagnosticului de tromboză venoasă profundă, iar 11 au fost malignităţi oculte. În 1865, Trousseau a descris asocierea între tromboza venoasă profundă şi malignităţi,[2] dar relaţia dintre acestea rămâne controversată. În general, se acceptă faptul că neoplaziile pot cauza tromboze venoase profunde prin compresiune venoasă, dar şi prin modificări hematologice protrombotice. Este încă neclar dacă tromboza venoasă profundă, în lipsa unei asociaţii cu un factor de risc, aşa numita tromboză criptogenică, poate fi un semn precoce de cancer ocult.

Există puţine studii care să fi investigat frecvenţa malignităţilor oculte la pacienţii cu tromboză venoasă profundă. Noi am analizat relaţia dintre tromboza venoasă profundă şi malignităţile ulterioare la toţi pacienţii pentru care s-a practicat o flebografie pentru suspiciunea de tromboză venoasă profundă, în perioada 1984-1988, în Malmö. Am vrut să aflăm dacă pacienţii cu tromboză venoasă profundă au avut un risc crescut de cancer şi, dacă da, care este intervalul de timp între flebografie şi diagnosticul de cancer. De asemenea, am studiat metodele de diagnostic folosite pentru depistarea malignităţilor.

Pacienţi şi metode

În Malmö, toţi pacienţii suspectaţi de tromboză venoasă profundă sunt trimişi la un singur spital, unde se efectuează flebografiile şi se instituie tratamentul. Flebografia a fost singura metodă folosită pentru diagnosticul trombozei venoase profunde. Spitalul deserveşte o populaţie de aproximativ 230 000 de locuitori.

Urmărirea pacienţilor cărora li s-au efectuat flebografii pentru suspiciunea de tromboză venoasă profundă (n=4.399) în perioada 1984-1988 s-a făcut utilizând Registrul de Tumori al Sudului Suediei. Registrul are o bază populaţională şi, în funcţie de diagnostic, 95% până la 99% din toate cazurile de cancer sunt raportate aici.[3,4] Urmărirea pacienţilor a fost continuat până la 1 ianuarie 1991. După excluderea celor 604 pacienţi (14%) care au fost diagnosticaţi cu cancer înainte de flebografie, au rămas 3.795 de pacienţi. Conform rezultatelor departamentului de radiologie, 1.383 de pacienţi au avut rezultate pozitive, iar 2.412 pacienţi au avut rezultate negative la flebografie.

Am comparat numărul de cazuri de cancer la pacienţii cu, respectiv fără, tromboză venoasă profundă cu numărul de cazuri estimat teoretic pe baza vârstei şi sexului. De asemenea, a fost calculată incidenţa specifică pentru Malmö a malignităţilor, pe an calendaristic şi

Department of Medicine and Surgery, Malmö General Hospital, University of Lund, S-214 01 Malmö, Sweden
M Nordström, *fellow*
B Lindblad, *associate professor*
Department of Surgery, Academic Hospital Uppsala University Uppsala, Sweden
D Bergqvist, *professor*

Regional Tumour Registry, University Hospital, Lund, Sweden
H Anderson, *biostatistician*

Department of Medicine, Helsingborg Hospital, Sweden
T Kjellström, *associate professor*

Corespondenţa la:
Dr Nordström

Deep venous thrombosis and occult malignancy: an epidemiological study
BMJ 1994;308:891-4

Scanned with OKEN Scanner

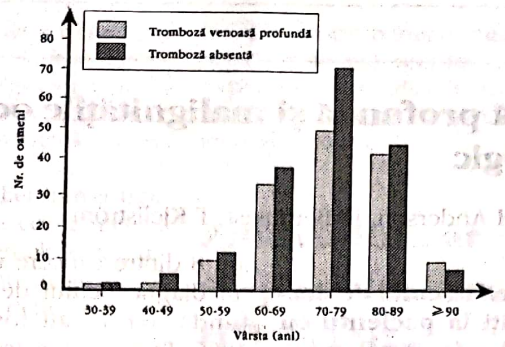


FIG 1. *Distribuţia pe vârste a pacienţilor cu rezultate pozitive şi respectiv negative la flebografie, care au dezvoltat ulterior un cancer*

pe an-persoană cu risc. A fost luat în considerare numai primul diagnostic de cancer pentru fiecare persoană, iar analiza a fost efectuată pentru toate cancerele, precum şi pentru tipuri specifice de cancer.

Perioada de urmărire a fost divizată în două intervale: primele 6 luni, respectiv după 6 luni, în vederea stabilirii relaţiei dintre incidenţa cancerului şi intervalul de timp de la flebografie. Grupurile au fost comparate în ceea ce priveşte câteva dintre diagnosticele principale, precum şi numărul global de malignităţi. Datele referitoare la intervalul de timp dintre tromboza venoasă profundă şi diagnosticul de cancer, extensia trombozei venoase profunde, modul de depistare a cancerului şi tipul de cancer au fost obţinute din foile de observaţie

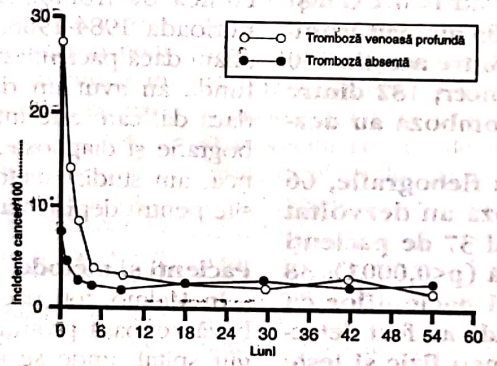


FIG 2. *Incidenţa cancerului exprimată pe 100 ani/persoană în funcţie de timpul de la flebografie, la pacienţii cu, respectiv fără, tromboză venoasă profundă*

clinică ale spitalului.

S-a folosit rata morbidităţii standard pentru a face o comparaţie între incidenţa cancerului în cohorta studiată şi incidenţa în populaţia din Malmö. Intervalul de confidenţă şi testarea ipotezelor s-au bazat pe distribuţia Poisson. S-a folosit testul Mantel-Haenszel stratificat pentru a compara incidenţa cancerului la pacienţii cu şi fără tromboză venoasă profundă, raportat la ani-persoană cu risc şi vârstă.[5] Am calculat intervalul de confidenţă 95% pentru rata incidenţei folosind metodele lui Greenland şi Robbins.[6]

Rezultate

Un total de 150 (11%) pacienţi cu tromboză venoasă profundă au dezvoltat ulterior un cancer. Au fost 79 de bărbaţi (vârsta medie 73 (limite 46-94) de ani) şi 71 de femei (vârsta medie 76 (30-97) de ani). 21 (14%) au prezentat tromboză venoasă profundă postoperatorie sau posttraumatică, restul cazurilor fiind criptogenice. Figura 1 arată distribuţia pe vârste. 182 de pacienţi (7%), 86 de bărbaţi şi 96 de femei, cu rezultate negative la flebografie, au dezvoltat cancere. Vârsta medie a fost 72 de ani atât la brbaţi (limite 53-98 de ani) cât şi la femei (limite 33-97 de ani).

Figura 2 arată incidenţa brută a malignităţilor (cazuri la 100 ani-persoană) pentru pacienţii cu, şi fără tromboză venoasă profundă. Incidenţa a fost mare în grupul pacienţilor cu tromboză venoasă profundă în primele 6 luni, ca apoi să scadă pînă la un nivel aproximativ egal cu incidenţa în grupul fără tromboză. Malignităţile au fost diagnosticate în primele 6 luni de la flebografie în 66 (44%) din cazurile cu tromboză şi respectiv 37 (20%) din cazurile fără tromboză. 7 din cei 66 pacienţi au avut tromboză venoasă profundă postoperatorie sau posttraumatică.

Tabelele I şi II compară numărul de cazuri cu neoplazii primitive observate, respectiv estimate, la pacientii cărora li s-au efectuat fle-

Tabel I. *Numărul global de cazuri şi pe câteva tipuri principale de cancer, observate, respectiv estimate a se dezvolta după flebografie pozitivă (≤6 luni sau >6 luni) comparativ cu o populaţie din Malmö echilibrată ca vârstă şi sex*

	0-6 luni				>6 luni			
Cancer	Nr. cazuri observate	Nr. estimat	Rata morbidităţii standard	(Interval de confidenţă 95%)	Nr. cazuri observate	Nr. estimat	Rata morbidităţii standard	(Interval de confidenţă 95%)
Toate cancerele	66	12,52	5,27	(4,10-6,74)	84	83,07	1,01	(0,81-1,26)
Cavitate bucală şi gât	0	0,23	0	(0-16,04)	2	1,64	1,22	(0,15-4,41)
Esofag şi stomac	3	0,65	4,62	(0,95-13,49)	4	4,16	0,96	(0,26-2,46)
Intestin	7	1,74	4,02	(1,62-8,29)	10	11,04	0,91	(0,43-1,67)
Ficat	5	0,24	20,73	(6,73-48,36)	3	1,30	2,30	(0,48-6,73)
Vezicula bilară	5	0,29	17,09	(5,55-39,88)	1	1,81	0,55	(0,01-3,08)
Pancreas	6	0,47	12,73	(4,67-27,71)	2	3,37	0,59	(0,07-2,15)
Plămân	5	1,25	4,0	(1,30-9,33)	8	7,82	1,02	(0,44-2,02)
Sân	4	1,02	3,92	(1,07-10,03)	9	6,66	1,35	(0,62-2,57)
Ovar	5	1,56	3,21	(1,04-7,48)	3	4,11	0,73	(0,15-2,13)
Prostată	7	1,83	3,83	(1,54-7,89)	13	12,85	1,01	(0,54-1,73)
Rinichi	1	0,41	2,41	(0,06-13,45)	4	2,44	1,64	(0,45-4,19)
Vezică urinară	0	0,66	0	(0-5,60)	7	4,65	1,50	(0,60-3,10)
Piele	3	0,82	3,66	(0,75-10,69)	8	6,28	1,27	(0,55-2,51)
Sânge şi limfoame	6	0,78	7,69	(2,82-16,74)	4	5,11	0,78	(0,21-2,00)
Cerebrali	3	0,49	6,07	(1,25-17,75)	1	2,60	0,38	(0,01-2,14)
	60	12,44			79	75,84		

Scanned with OKEN Scanner

Tabel II. *Numărul global de cazuri şi pe câteva tipuri principale de cancer, observate respectiv estimate a se dezvolta după flebografie negativă (≤6 luni sau >6 luni) comparativ cu o populaţie din Malmö echilibrată ca vârstă şi sex*

Cancer	0-6 luni				>6 luni			
	Nr. cazuri observate	Nr. estimat	Rata morbidităţii standard	(Interval de confidenţă 95%)	Nr. cazuri observate	Nr. estimat	Rata morbidităţii standard	(Interval de confidenţă 95%)
Toate cancerele	37	17,98	2,06	(1,76-2,86)	145	128,93	1,12	(0,95-1,33)
Cavitate bucală şi gât	2	0,32	6,25	(0,76-22,58)	2	2,5	0,80	(0,10-2,89)
Esofag şi stomac	1	0,90	1,11	(0,03-6,19)	10	6,1	1,64	(0,79-3,01)
Intestin	4	2,42	1,65	(0,45-4,23)	18	16,99	1,06	(0,64-1,70)
Ficat	0	0,33	0	(0-11,05)	6	1,80	3,33	(1,22-7,24)
Vezicula bilară	0	0,42	0	(0-8,72)	3	2,93	1,02	(0,21-2,99)
Pancreas	1	0,68	1,47	(0,04-8,21)	2	5,30	0,38	(0,05-1,36)
Plămân	5	1,72	2,91	(0,94-6,78)	16	11,59	1,38	(0,81-2,28)
Sân	3	1,85	1,62	(0,33-4,74)	16	13,53	1,18	(0,69-1,95)
Ovar	3	1,06	2,83	(0,58-8,27)	10	8,44	1,18	(0,57-2,18)
Prostată	4	2,12	1,88	(0,51-4,83)	18	15,92	1,13	(0,68-1,81)
Rinichi	1	0,59	1,70	(0,01-9,46)	1	3,67	0,27	(0,01-1,52)
Vezică urinară	3	0,90	3,34	(0,69-9,77)	9	6,78	1,33	(0,61-2,52)
Piele	2	1,20	1,67	(0,20-6,02)	14	9,69	1,44	(0,79-2,42)
Sânge şi limfoame	5	1,10	4,55	(1,48-10,61)	8	8,05	0,99	(0,43-1,96)
Cerebrale	2	0,73	2,72	(0,33-9,84)	2	4,34	0,46	(0,06-1,66)

Tabel III. *Metode folosite pentru diagnosticul primar al cancerului raportat la intervalul de timp dintre flebografie şi detecţia cancerului*

	Nr.(%) cu tromboză venoasă profundă		Nr.(%) fără tromboză venoasă profundă	
	≤6 luni (n=66)	>6 luni (n=84)	≤6 luni (n=37)	>6 luni (n=145)
Anamneză	23(35)	40(48)	14(38)	70(48)
Examen fizic	19(29)	19(23)	12(32)	33(23)
Teste sanguine	11(17)	14(17)	7(19)	25(17)
Chirurgie	2(3)	1(1)	1(3)	3(2)
Necropsie	11(17)	10(12)	3(8)	14(10)

bografii. Rata morbidităţii standard pentru primele 6 luni a fost de 5,3 (interval de confidenţă 95% 4,1-6,7; P<0,0001) la grupul cu tromboză venoasă profundă respectiv de 2,1 (1,5-2,9; P<0,0001) în grupul fără tromboză, pentru toate tipurile de cancer. După primele 6 luni, rata morbidităţii standard a fost de 1,0 (0,8-1,3; P=0,91) în grupul cu tromboză venoasă profundă şi respectiv 1,1 (1,0-1,3); P=0,15) în grupul fără tromboză. Neoplaziile primare cu localizare hepatică, vezicula biliară şi pancreas au fost predominente în primele şase luni în grupul cu tromboză venoasă profundă.

Compararea grupurilor cu, şi fără tromboză venoasă profundă folosind o stratificare pe 5 grupe de vârstă a arătat o rată a incidenţei cancerului de 2,5 (interval de confidenţă 95% 1,7-3,7; P<0,0001) pentru toate tipurile de cancer, în primele 6 luni.

În 84 de cazuri tromboza venoasă profundă a fost localizată deasupra genunchiului, iar în 63 de cazuri dedesubtul genunchiului. Un pacient a avut tromboză a venei cave superioare şi 2 au prezentat tromboză în venele membrelor superioare. 42 din 66 de pacienţi diagnosticaţi cu cancer în primele 6 luni au avut tromboze localizate la nivelul venelor ilio-femurale; aşadar localizarea trombozei deasupra genunchiului nu a fost mai frecventă la pacienţii cu cancer precoce.

La majoritatea pacienţilor diagnosticul de cancer s-a făcut pe baza testelor de rutină (tabel III). Dintre cei 66 de pacienţi care au dezvoltat un cancer în primele 6 luni de la tromboza venoasă profundă, 38 prezentau semne şi simptome sugestive pentru cancer la momentul producerii trombozei venoase profunde. Dintre cei 28 pacienţi care nu au manifestat semne de malignitate, 15 au avut tromboză venoasă profundă ilio femural şi 13 tromboză în venele gambei. Nu s-a găsit nici o relaţie între tromboza extinsă şi apariţia cancerului. 3 dintre cei 28 pacienţi au avut tromboză venoasă profundă postoperatorie sau posttraumatică, în timp ce la ceilalţi nu s-a identificat nici un factor de risc cunoscut. Dintre cei 25 de pacienţi fără factori de risc cunoscuţi, 14 au avut metastaze (în 7 cazuri detectate doar necroptic), iar 5 aveau peste 75 de ani şi prezentau alte tare care au complicat tratamentul. 19 pacienţi au murit în perioada pe care am urmărit-o.

11 pacienţi cu tromboză criptogenică au prezentat malignităţi care ar fi putut fi detectate într-un stadiu precoce în cazul în care s-ar fi practicat un screening extins folosind: ecografia abdominală, tomografia computerizată şi mamografia. Analiza ulterioară a cazurilor cu cancere diagnosticate după flebografie a arătat că 2 pacienţi ar fi beneficiat de un diagnostic precoce: o femeie de 54 de ani cu cancer ovarian diagnosticat la 2,5 luni de la flebografie şi un bărbat de 59 de ani cu cancer renal diagnosticat la 5 luni de la flebografie. Un screening extins la aproximativ 1.300 pacienţi ar fi dus astfel la un beneficiu constând în depistarea precoce a 2 cazuri. Am studiat, de asemenea, grupele de sânge ale pacienţilor, fără însă a găsi diferenţe semnificative între cele două grupuri.

Discuţii

Am analizat legătura dintre tromboza venoasă profundă şi cancerele dezvoltate ulterior la toţi pacienţii la care s-a practicat flebografia pentru suspiciunea de tromboză

Scanned with OKEN Scanner

venoasă profundă, în perioada 1984—1988. Dat fiind că un singur departament face flebografii în Malmö, oraşul este potrivit pentru studii epidemiologice.

ALTE STUDII

În 1952, Wright a fost printre primii care a remarcat că tromboza venoasă poate apărea înainte ca semnele şi simptomele de cancer să fie evidente.[7] Goldberg şi col. au găsit un risc crescut pentru cancerul ocult în primii 2 ani după o tromboză venoasă profundă diagnosticată prin pletismografie de impedanţă,[8] iar Naschitz şi col. raportează o incidenţă de 11,9% a cancerului ocult la pacienţii cu tromboembolism.[9] Boala tromboembolică precede diagnosticul de cancer cu 3 până la 180 zile. Ranft şi col. au investigat 200 pacienţi cu tromboză venoasă profundă, confirmat flebografic, şi au găsit o frecvenţă a cancerului de 11,5%,[10] Numărul afecţiunilor maligne a crescut odată cu avansarea în vârstă şi ei recomandă screening-ul pentru cancer ocult începând de la 50 de ani. Rezultatele noastre sugerează că beneficiul unui asemenea program ar fi redus şi cu eficienţă economică scăzută.

Monreal şi col. au sugerat că riscul de cancer a fost mai mare la pacienţii cu tromboză venoasă profundă idiopatic.[11] La internarea iniţială pacienţii nu au fost investigaţi pentru cancer ocult. Dat fiind că unii pacienţi au fost diagnosticaţi cu cancer la câteva luni după externare, s-a impus un nou studiu, protocolul investigaţional incluzând: teste sanguine, radiografie toracică, endoscopie digestivă superioară, ecografie abdominală şi tomografie computerizată. A fost descoperită o malignitate în 7 din 31 de cazuri, unele într-un stadiu precoce.

Prandoni şi col. au urmărit timp de 2 ani 260 de pacienţi cu tromboză venoasă profundă simptomatic diagnosticată flebografic.[12] Au găsit o asociere semnificativă între tromboza venoasă idiopatic şi dezvoltarea ulterioară a cancerului, majoritatea malignităţilor devenind manifeste clinic în primul an după diagnosticul trombozei. Dimpotrivă, Griffin şi col. nu au găsit o creştere a riscului pentru cancer la pacienţii cu tromboză venoasă profundă documentată sau cu embolism pulmonar, faţă de un grup martor fără tromboembolism.[13]

RECOMANDĂRI PENTRU SCREENING

Rezultate contradictorii au creat dificultăţi în definirea unor recomandări adecvate în alegerea cazurilor ce trebuie investigate pentru depistarea unei malignităţi. Selecţia pacienţilor diferă major în aceste studii şi este neclar dacă detectarea unei malignităţi ar duce la scăderea ratei mortalităţii.[14] Levine şi col. recomandă căutarea unei tumori numai în cazul în care există semne şi simptome sugestive pentru un cancer sau în cazurile cu tromboflebită migratorie sau tromboză idiopatică recurentă.[15] Pe baza articolelor publicate anterior, Myrup recomandă ca pacienţii să fie investigaţi numai în cazul în care prezintă simptome ce sugerează un cancer, iar pacienţii peste 50 de ani să fie examinaţi de rutină pentru asemenea simptome.[16]

Am studiat toţi pacienţii cu tromboză venoasă profundă dintr-un oraş. 66 de pacienţi au dezvoltat un cancer în primele 6 luni după o tromboză venoasă profundă. 38 din cancere au fost uşor detectate combinând anamneza, examenul fizic şi testele sanguine de rutină. Din restul de 28 de pacienţi (42%) cu cancere oculte, 18 (64%) aveau peste 75 de ani. În acest studiu 14% din trombozele venoase profunde au apărut postoperator sau posttraumatic.

Analiza ulterioară a cazurilor cu cancere diagnosticate tardiv a arătat că un screening extins la 1300 pacienţi cu tromboză ar fi identificat 11 pacienţi care aveau cancere fără metastaze. Totuşi, numai 2 ar fi beneficiat de un diagnostic precoce, din cauza altor factori asociaţi, cum ar fi vârsta, starea generală sau tipul tumoral. În acest sens, sugerăm ideea că screening-ul pentru depistarea cancerului la pacienţii cu tromboză venoasă profundă nu ar fi eficient economic şi că testele diagnostice de rutină (incluzând examenul clinic şi testele sanguine), dacă sunt bine utilizate, pot detecta cancerul.

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

1 Nordstrm M, Lindblad B, Bergqvist D, Kjellstrm T. A prospective study of the incidence of deep vein thrombosis within a defined urban population. J Intern Med 1992;232:155-60.
2 Trousseau A. Phlegmasia alba dolens. Clinique Medicale de l'Hotel-Dieu de Paris 1865;3:94, 654.
3 Mattsson B, Wallgren A. Completeness of the Swedish cancer register. Acta Radiol Oncol 1984;23:305-13.
4 Carlsson U, Ekelund G, Lindstrm C, Miller T. [Is colorectal cancer more common in Malm than in the rest of Sweden? A validity study of the cancer register] Lkartidningen 1986;83:598-603. (In Swedish)
5 Breslow NE, Day NE. Statistical methods in cancer research. Vol II: The design and analysis of cohort studies. Lyons: International Agency for Research on Cancer, 1987:109(IARC scientific publication No 82).
6 Greenland S, Robbins JM. Estimation of a common effect parameter from sparse follow-up data. Biometrics 1985;41:55-68.
7 . Wright IS. The pathogenesis and treatment of thrombosis. Circulation 1952; 5:161-88.
8 Goldberg RJ, Seneff M, Gore JM, Anderson FA, Greene HL, Brownell Wheeler H, et all. Occult malignant neoplasm in patients with deep venous thrombosis. Arch Intern Med 1987;147:251-3.
9 Naschitz JE, Yeshurun D, Abrahamson J. Incidence and diagnostic significance of paraneoplastic thromboembolism disorder: A survey from a community hospital. International Angiology 1989;8:28-31.
10 Ranft J, Heidrich H. Frequency of malignant diseases in deep venous thrombosis of the lower extremities. International Angiology 1991;10:66-8.
11 Monreal M, Lafoz E, Casals A, Inaraja L, Montserrat E, Callejas JM, *et all.* Occult cancer in patients with deep venous thrombosis. Cancer 1991;67:541-5.
12 Prandoni P, Lensing AWA, Buller HR, Cogo A, Prins MH, Cattelan AM, et all. Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. N Engl J Med 1992;327: 1128-83.
13 Griffin MR, Stanson AW, Brown ML, Hauser MF, O'Fallon WM, Anderson HM, et all. Deep venous thrombosis and pulmonary mbolism. Arch Intern Med 1987;147:1907-11.
14 Levine MN, Drummond MF, Labelle RJ. Cost effectiveness in the diagnosis and treatment of carcinoma of unknown primary origin. Can Med Assoc J 1985;133:977-87.
15 Levine M, Hirsh J. The diagnosis and treatment of thrombosis in the cancer patient. Seminars in Oncology 1990;17(2):160-71.
16 Myrup B. Deep thrombophlebitis and pulmonary embolism as sign of malignant disease. Ugeskr Laeger 1991;43:2996-8.

Scanned with OKEN Scanner

Folosirea aspirinei de către medicul generalist în suspiciunea de infarct miocardic

Michael Moher, Neil Johnson

Cel de-al doilea studiu internaţional privind supravieţuirea în infarctul miocardic a demonstrat o scădere a mortalităţii cu 25% la pacienţii crora li s-au administrat 160 mg aspirină în primele patru ore de la debutul durerii toracice.[1] Aceste efecte se adaugă efectelor streptokinazei. Luând în calcul aceste rezultate, un grup de lucru de la British Heart Foundation a elaborat un raport asupra rolului medicului generalist în abordarea pacienţilor cu suspiciune de infarct miocardic acut.[2] Acest raport recomandă un tratament precoce cu aspirină şi transferul rapid al pacientului la spital în vederea trombolizei intravenoase. Din aceste motive am studiat folosirea aspirinei de către medicii generalişti, precum şi intervalul de timp între debutul simptomelor şi internarea în spital, adică, până la începerea trombolizei intravenoase.

Pacienţi, metode, rezultate

Studiul a inclus toţi pacienţii cu durere toracică acută, care au fost trimişi de către medicul generalist într-unul din două spitale districtuale, într-o perioadă de 6 luni (de la 1 decembrie 1991, la 31 mai 1992). Ambele spitale deservesc atât zone rurale, cât şi zone urbane din partea centrală-sudică şi, respectiv, din sud-estul Angliei. Pacienţilor (sau însoţitorilor) li s-au cerut date cu privire la momentul debutului simptomatologiei, precum şi date referitoare la administrarea de aspirină înainte de internare. De asemenea, s-a consemnat ora internării şi ora la care s-a început trombolizа. Diagnosticul prezumtiv de infarct miocardic al medicului generalist şi dovada administrării precoce de aspirină au fost confirmate de scrisoarea de trimitere care însoţea pacientul. Toate datele referitoare la pacient au fost consemnate în primele 24 de ore de la internare. S-a considerat că un pacient a primit aspirină atunci când acest lucru era relatat de bolnav sau când era documentat prin scrisoarea de însoţire a medicului generalist.

În total, au fost internaţi de către medicii generalişti 156 de pacienţi. Cincisprezece chestionare au fost considerate incomplete, mai ales din cauza imposibilităţii de a preciza momentul debutului simptomatologiei. Patru pacienţi au fost internaţi cu un diagnostic prezumtiv de durere toracică extracardiacă. Ceilalţi 137 de pacienţi au fost internaţi cu diagnosticul de cardiopatie ischemică sau fără un diagnostic specific. Dintre aceştia, 102 au fost bărbaţi. Media de vârstă a fost de 62 ani.

În tabel sunt redate perioadele de timp scurse între instalarea durerii şi începerea trombolizei. Douăzeci şi şase de pacienţi au primit aspirină înainte de internare. Cei 96 de pacienţi diagnosticaţi ulterior cu infarct miocardic nu au avut şanse mai mari sau mai mici de a fi primit aspirină înainte de internare. Nu s-au găsit diferenţe semnificative între cele două spitale.

Întârzierea între debutul simptomelor şi trombolizа la 137 pacienţi, internaţi de către medicii generalişti pentru suspiciunea de infarct miocardic

Întârzierea	Media (limitele intercvartile) (minute)
Între debut şi sosirea la spital	179(95-265)
Între sosirea la spital şi trombolizа intravenoasă	82(38-125)
Între debutul simptomelor şi trombolizа intravenoasă	248(110-360)

Comentarii

Deşi metoda aleasă pentru acest studiu subestimează probabil utilizarea aspirinei de către medicii generalişti, este de remarcat că, în ciuda faptului că rolul benefic al aspirinei a fost demonstrat,[1] doar 1/5 din pacienţii cu durere toracică au primit aspirină înainte de internare. Întârzierile până la trombolizа intravenoasă, pe care le-am găsit în studiul nostru, corespund cu cele raportate de Birkhead,[3] cu un interval mediu de timp de 4 ore la pacienţii internaţi prin medicul generalist. Dacă pacienţii primesc aspirină abia la începerea trombolizei intravenoase, unele din beneficiile tratamentului cu aspirină sunt deja pierdute.[1]

Deşi timpul până la începerea trombolizei intravenoase rămâne lung, mortalitatea totală ar putea fi redusă dacă mai mulţi medici generalişti ar administra 150 mg aspirină (mestecată pentru o absorbţie mai bună) tuturor pacienţilor cu suspiciunea de infarct miocardic acut. Această metodă terapeutică simplă are şanse mai mari de a fi acceptată decât introducerea în comunitate a trombolizei intravenoase. Mai mult, având în vedere că internarea este mult mai rapidă dacă pacientul cheamă singur salvarea, poate indica faptul că a sosit momentul ca aspirina să fie administrată de personalul de pe salvare.

Mulţumim personalului mediu de la cele două spitale care au participat la studiu şi lui Liz Kwantes pentru scrierea programului pe calculator.

Southmed Surgery, Farnham Common, Buckinghamshire SL2 3ER
Michael Moher, *General Practitioner*

Department of Public Health and Primary Care, Gibson Building, Radcliffe Infirmary, Oxford OX2 6HE
Neil Johnson, *Imperial Cancer Research Fund research fellow*

Corespondenţa la:
Dr Moher

Use of aspirin by general practitioners in suspected acute myocardial infarction
BMJ 1994;**308**:760

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

1 ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group.Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17 187 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1988;**ii**:349-60.
2 British Heart Foundation Working Group. Role of the general practitioner in managing patients with myocardial infarction: impact of thrombolytic treatment. *BMJ* 1989;**299**:555-7.
3 Birkhead JS. Time delays in provision of thrombolytic treatment in six district hospitals. *BMJ* 1992;**305**: 445-8.

Scanned with OKEN Scanner

Cunoaşterea de către medicul generalist a diferitelor tehnici de chirurgie a cataractei: implicaţii pentru calitatea îngrijirii medicale

T Potamitis, M Fouladi, R K Aggarwal, H S Jones, A R Fielder

Prin introducerea noului sistem de bugetare, medicul generalist poate astăzi să aleagă furnizorul tratamentului pentru care optează. În aceste condiţii, el trebuie să fie la curent cu noile achiziţii dintr-un mare număr de specialităţi, pentru a putea alege cel mai bun tratament pentru pacienţii săi. Ultimul deceniu a adus mari schimbări în oftalmologie, în mod special în chirurgia cataractei. Extracţia extracapsulară şi facoemulsificarea au înlocuit masiv extracţia intracapsulară, în primul rând datorită complicaţiilor cu risc de pierdere a vederii ce pot apărea după extracţia intracapsulară.[1,2] Deşi extracţia extracapsulară este cea mai utilizată metodă în Marea Britanie, 2%-4% dintre oftalmologi efectuează de rutină procedeul intracapsular,[3,4] iar 1% nu folosesc de rutină implantele intraoculare de cristalin. Astfel, se poate vorbi de o calitate diferită între diferite departamente, în ceea ce priveşte tratamentul cataractei. Am luat în studiu gradul de cunoaştere de către medicii generalişti a diferitelor tehnici de chirurgie a cataractei şi abilitatea lor de a aprecia avantajele clinice ale acestor metode.

Metode şi rezultate

Calitatea tratamentului chirurgical în chirurgia cataractei variază, în principal, datorită diferenţelor dintre procedeele de extracţie intracapsulară şi, respectiv, extracapsulară. Din aceste considerente au fost identificate serviciile de oftalmologie unde se practică în mod obişnuit ambele procedee şi am studiat opţiunile a 593 de medici generalişti aflaţi pe aria deservită de aceste secţii.

Din chestionarele trimise au fost primite 367 (67%) chestionare complete. Cea mai cunoscută metodă a fost cea de extracţie intracapsulară (309 medici generalişti), urmată de extracţia extracapsulară (301). 47 de medici generalişti erau familiarizaţi cu tehnica de facoemulsificare, 26 nu aveau cunoştinţe despre nici una dintre tehnicile folosite, iar 43 erau familiarizaţi cu toate cele trei tehnici. Doar 69 de medici generalişti şi-au exprimat o preferinţă în legătură cu una dintre metodele folosite. Frecvent, a fost preferată extracţia intracapsulară şi puţini dintre cei care şi-au manifestat o preferinţă au ales facoemulsificarea (tabel). Doar 32 medici generalişti au răspuns că aleg oftalmologul la care fac trimiterea în funcţie de tehnica pe care o foloseşte.

Tehnica preferată pentru chirurgia cataractei de către medicii generalişti

Tehnica preferată	Nr. de medici generalişti (n=367)
Nici una	298
Extracţia intracapsulară	29
Extracţia extracapsulară	27
Facoemulsificarea	10
Facoemulsificarea sau extracţia extracapsulară	3

Comentarii

Calitatea rezultatului actului medical devine importantă în momentul în care medicul generalist poate alege pe cel care va presta actul medical. Mulţi dintre cei care au răspuns chestionarului nostru au considerat că nu este necesar să aibă cunoştinţe atât de amănunţite într-o specialitate chirurgicală. Aceasta ar fi corect în cazul în care toate tipurile de extracţie cristaliniană ar fi egale. Se cunoaşte însă că nu acesta este adevărul. Studiul nostru arată că extracţia intracapsulară este cea mai cunoscută metodă, lucru de aşteptat în condiţiile în care această tehnică a fost practicată mai mult timp. Deşi medicii generalişti erau informaţi în egală măsură despre extracţia extracapsulară, puţini şi-au exprimat preferinţa în favoarea unei anume metode, sugerând cunoştinţe insuficiente pentru a putea distinge între cele două tehnici. Această impresie este confirmată de proporţia mare de medici generalişti care au preferat extracţia intracaspulară, ceea ce implică o cunoaştere inadecvată a avantajelor metodelor moderne.

Am folosit chirurgia cataractei ca un exemplu de tehnică de specialitate întrebuinţată curent (a şaptea ca frecvenţă între operaţiile efectuate în perioada 1989-1990).[5] Totuşi, există schimbări în toate specialităţile şi şansa ca aceste schimbări să aducă beneficii sau avantaje distincte pentru pacienţi. În plus, a fost introdusă o nouă variabilă în procesul decizional: costul. Modul în care pacienţii sunt trimişi la spitale este influenţat şi de perioada de aşteptare, care poate fi influenţată şi ea de costuri. Cumpărătorii de servicii medicale de pe piaţa internă trebuie să înţeleagă avantajele şi dezavantajele diferitelor proceduri atunci când aleg tratamentul pentru pacienţii lor; dacă acest lucru nu se întâmplă, calitatea îngrijirilor medicale nu mai poate intra în ecuaţie.

Birmingham and Midland Eye Hospital, Birmingham B3 2NS
T Potamitis, *registrar*
M Fouladis, *senior house officer*
R K Aggarwal, *senior registrar*
H S Jones, *research associate*
A R Fielder, *proffesor of ophtalmology*

Corespondenţa la:
Mr Potamitis

General practitioners' awareness of different techniques of cataract surgery: implications for quality of care
BMJ 1994;308:1334-5

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

1 Miami Study Group. Cystoid macular edema in aphakic and pseudophakic eyes. *Am J Ophtalmol* 1979;88:45-8.
2 McDonnell PJ, Patel A, Green WR. Comparison of intracapsular and extracapsular cataract surgery. *Ophtalmology* 1985;92:1208-23.
3 Courtney P. The national cataract surgery survey. I. Method and descriptive features . *Eye* 1992;6:487-92.
4 Hodgkins PR, Luff AJ, Morrell AJ, Botchway LT, Fetherstone TJ, Fielder AR. Current practice of cataract extraction and anaesthesia. *Br J Ophtalmol* 1992;76:323-6.
5 Department of Health. *Hospital episode statistics. Vol 1. England financial year 1989-1990.* London: DoH,1993:133.

Scanned with OKEN Scanner

Testul tusei în diagnosticul peritonitei

David H Bennett, Luc J M T Tambeur, W Bruce Campbell

Evocarea durerii prin palpare este curent folosită în diagnosticul peritonitei generalizate, dar sunt puse sub semnul întrebării acurateţea diagnosticului şi gradul de acceptare de către pacienţi.[1,2] Alte metode utilizate în diagnosticul peritonitei includ percuţia abdomenului şi examinarea pacientului în timpul unui efort de tuse. Noi cerem în mod obişnuit pacientului să tuşească, iar acest studiu îşi propune o evaluare a testului tusei în diagnosticul peritonitei.

Subiecţi, metode, rezultate

În cadrul unui studiu prospectiv am examinat consecutiv 150 de pacienţi (70 de bărbaţi, 80 de femei; între 4 şi 95 ani, media 46) internaţi de urgenţă cu durere abdominală, în vederea tratamentului. Pacienţii au fost puşi să tuşească, testul fiind considerat pozitiv atunci când a produs durere, manifestată, ca grimasă de durere sau când pacientul duce brusc mâinile la abdomen. În cazul examinărilor multiple s-a luat în considerare doar rezultatul primei examinări. În vederea creşterii specificităţii s-au considerat negative testările cu rezultate echivoce.

Am apreciat acurateţea testului tusei în diagnosticul peritonitei, comparând rezultatele testului cu diagnosticele finale, folosind aceleaşi categorii diagnostice ca şi Liddington şi Thomson.[2] Şapte dintre cei 150 de pacienţi au fost excluşi din calcul, deoarece diagnosticele lor nu se puteau încadra în categoriile menţionate. Tabelul prezintă rezultatele la restul de 143 de pacienţi.

Valoarea diagnostică a testului tusei a fost înalt semnificativă apreciată ca proporţia şanselor (odds ratio) (13,1 (interval de încredere 95% 5,8-28,9) P<0,001) şi testul x^2 cu corecţia Yates (x^2=43,3; grade de libertate =1; P<0,001). Sensibilitatea şi specificitatea au fost de 0,78 şi respectiv 0,79, iar valoarea de predicţie pozitivă pentru peritonită a fost de 76%.

Rezultatele testului tusei comparate cu diagnosticul final la 143 pacienţi internaţi pentru durere abdominală. Valorile reprezintă numărul de pacienţi

	Test pozitiv	Test negativ
Pacienţi cu peritonită:		
Apendicită	24	2
Colecistită	6	7
Perforaţie viscerală	5	0
Diverticulită	3	3
Hemoperitoneu	1	0
Infarct intestino-mezenteric	2	1
Pancreatită acută	5	0
Ocluzie colică	2	0
Hernie paraombilicală încarcerată	1	2
Sarcină ectopică ruptă	2	0
Total	51	15
Pacienţi fără peritonită:		
Durere abdominal nespecifică	12	38
Gastroenterită	2	3
Colică ureterală	1	7
Colică biliară	1	1
Ocluzie de intestin subţire	0	4
Pancreatită cronică	0	1
Infecţia căilor urinare	0	4
Constipaţie	0	3
Total	16	61

Comentarii

Testul durerii provocate a fost considerat cel mai sensibil şi mai sigur test diagnostic pentru peritonită.[3] Totuşi, necesitatea de a atinge abdomenul pacientului, prin expectativa unei manevre dureroase, poate produce o creştere a anxietăţii şi, astfel, o contractură involuntară abdominală, ducând la un fals diagnostic de peritonită. Testul tusei poate fi efectuat de la marginea patului şi are şanse mult mai mici ca pacientul să intuiască o senzaţie dureroasă. Rezultate fals pozitive şi fals negative pot apărea prin prezumţia că variatele condiţii care pot genera peritonism generează rezultate pozitive şi reciproc. Valoarea de predicţie pozitivă şi proporţia şanselor testului tusei din acest studiu (76%; 13,1) se compară favorabil cu cele raportate de Liddington şi Thomson (49%; 4,2).[2] Dixon şi col. raportează o proporţie a şanselor de 1,42 pentru durerea agravată de tuse, dar studiul se referă numai la diagnosticul de apendicită.[4] Testul tusei este simplu, mai uşor de tolerat de pacient, comparativ cu testul durerii provocate prin palparea abdomenului, şi mai puţin brutal în producerea durerii. Noi recomandăm acest test în examinarea pacienţilor cu durere abdominală acută.

Department of Surgery, Royal Devon and Exeter Hospital
Exeter EX2 5DW
David H Bennett, *senior house officer*
Luc J M T Tambeur, *senior house officer*
W Bruce Campbell, *consultant surgeon*

Corespondenţa la:
Mr Campbell

Use of coughing test to diagnose peritonitis
BMJ 1994;308:1336

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

1 Prout WG. The significance of rebound tenderness test. *Br J Surg* 1970;57:508-10.
2 Liddington MI, Thomson WHF. Rebound tenderness test. *Br J Surg* 1991;78:795-6.
3 Moore SW. The physiological basis for diagnostic signs of an acute abdomen. *Surg Clin North Am* 1958;38:371-83.
4 Dixon JM, Elton RA, Rainey JB, Macleod DAD. Rectal examination in patients with pain in the right lower quadrant of the abdomen. *BMJ* 1991;302:386-8.

Scanned with OKEN Scanner

Resuscitarea cardio-respiratorie: cine ia decizia?

Marguerite E Hill, Gerry MacQuillan, Melissa Forsyth, David A Heath

Recomandări recente au sugerat că în următoarele condiţii un pacient nu trebuie să fie resuscitat cardio-respirator: (*a*) când pacientul, competent să îşi dea consimţământul, nu doreşte să fie resuscitat, (*b*) când un pacient nu este competent să îşi dea consimţământul, dar resuscitarea este considerată a fi împotriva interesului său sau (*c*) când tentativa de resuscitare va fi, probabil, fără succes.[1] Totuşi se fac tentative de resuscitare chiar şi la pacienţii cu şanse mici de recuperare,[2-4] iar în Marea Britanie puţini sunt doctorii care chestionează pacienţii cu privire la dorinţa acestora de a fi resuscitaţi.

Am luat în studiu părerile doctorilor în privinţa resuscitării şi am încercat să aflăm dacă este posibil a se discuta cu pacienţii în legătură cu dorinţa de a fi resuscitaţi.

Queen Elisabeth Hospital, BirminghamB15 2HT
Marguerite E Hill, *registrar in neurology*

Selly Oak Hospital, Birmingham B29 6JD
Gerry MacQuillan, *senior house officer in medicine*
David A Heath, *reader in medicine*

University of Birmingham Medical School, Birmingham B15 2TT
Melissa Forsyth, *medical student*

Corespondenţa la:
Dr. Heath

Cardiopulmonary resuscitation: who makes the decision?
BMJ 1994;**308**:1677

Metode şi rezultate

Au fost trimise chestionare la 80 de doctori care lucrează în spitale, cu scopul de a afla cine ia parte la luarea deciziei privind resuscitarea pacienţilor şi la confirmarea pacienţilor ce urmează să fie resuscitaţi. 50 de pacienţi consecutivi dintr-o secţie de medicină internă cu profil general au fost întrebaţi înainte de externare cine consideră că ar trebui să ia parte la decizia privind resuscitarea şi dacă ar fi vrut să fie resuscitaţi în cazul în care şi-ar fi pierdut cunoştinţa în timpul internării. Alţi 50 de pacienţi consecutivi internaţi într-o secţie de medicină internă cu profil general au fost întrebaţi în primele 24 de ore de la internare dacă ar dori să fie resuscitaţi în cazul în care şi-ar pierde cunoştinţa în timpul internării. În ambele grupuri preferinţele pacienţilor au fost comparate cu deciziile echipei medicale.

Din 34 de doctori care au răspuns la chestionare, numai unul a considerat că pacientul ar trebui consultat de rutină cu privire la decizia de resuscitare; ceilalţi 33 de doctori au susţinut că pacientul nu trebuie să ia parte la această decizie niciodată sau numai în cazuri excepţionale. În practică, nici unul dintre doctori nu discută cu pacienţii probleme legate de resuscitare, deşi trei doctori abordează acest subiect cu rudele. În timp ce medicii tineri, care au răspuns la chestionare, ar resuscita orice persoană sănătoasă indiferent de vârstă, şapte dintre cei 24 de doctori cu pregătire superioară nu ar resuscita pacienţii sănătoşi în vârstă de peste 70 de ani. Deşi rezervele doctorilor de a resuscita cresc odată cu severitatea bolii, o treime din doctori ar încerca resuscitarea la pacienţii cu malignităţi incurabile.

În tabel sunt prezentate răspunsurile pacienţilor. Toţi pacienţii şi-au exprimat părerea că resuscitarea ar trebui discutată cu ei în prealabil, un singur pacient fiind vizibil emoţionat în timpul interviului. În general 59 de pacienţi au dorit să ia parte la decizie şi mulţi au considerat că decizia privind resuscitarea trebuie să le aparţină în totalitate. O proporţie substanţial mai mare de pacienţi (în special femei), mai degrabă peste 60 de ani decât sub 60 de ani sau mai tineri, nu au vrut să fie resuscitaţi, deşi foarte puţini aveau malignităţi sau o speranţă de viaţă foarte redusă. În 65 de cazuri, părerile pacienţilor şi ale doctorilor au fost concordante. Totuşi, în 27 de cazuri, părerile doctorilor au fost în favoarea resuscitării, contrar părerilor pacienţilor. Acest dezacord a fost prezent în special în cazul femeilor de peste 60 de ani (21 din 47 de femei nu ar fi dorit să fie resuscitate, în timp ce doctorii doreau acest lucru).

Rezultatul studiului a 100 de pacienţi de profil medicină internă generală în legătură cu resuscitarea cardiorespiratorie. Valorile reprezintă numărul (procentul) de pacienţi, cu excepţia cazurilor când se specifică altfel

	Înainte de externare		Primele 24 ore de la internare	
	Bărbaţi (n=24)	Femei (n=26)	Bărbaţi (n=20)	Femei (n=30)
Vârsta medie(ani, limite)	61 (25-84)	66 (20-85)	63 (29-83)	71 (51- 85)
Pacienţi care doresc să ia parte le decizia privind resuscitarea	18 (75)	17 (65)	12 (60)	12 (40)
Vârsta pacienţilor care nu doresc să fie resuscitaţi (ani)				
≤60	1/10 (10)	1/5 (20)	1/6 (17)	0/4 (0)
>60	6/14 (43)	13/31 (62)	4/14 (29)	17/26 (65)

Diferenţele între cele două grupuri de pacienţi, precum şi între bărbaţi şi femei nu au fost semnificative.

Comentarii

În ciuda unei rate scăzute de răspuns la chestionare (43%), rezultatele noastre arată clar că puţini doctori cer părerea pacienţilor în privinţa deciziei de resuscitare. În plus, mulţi doctori ar tenta resuscitarea unor pacienţi fără şanse sau cu şanse minime de recuperare.

Doctorii consideră că în general discuţiile privind resuscitarea ar putea deranja pacientul. Totuşi, în studiul nostru, toţi pacienţii au considerat firesc ca doctorii să discute cu ei, majoritatea manifestându-şi dorinţa de a lua parte la decizia de resuscitare. Dorinţele multor pacienţi în vârstă s-au dovedit a veni în conflict cu deciziile doctorilor. În cazul în care doctorii se vor conforma recomandărilor referitoare la abţinerea de a resuscita, vor trebui să facă schimbări importante în modul în care practică medicina.

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

1 Doyal L, Wilsher D. Withholding cardiopulmonary resuscitation; proposals for former guidelines. *BMJ* 1993;306:1593-6.
2 O'Keefe S, Redahart C, Keane P, Daly K. Age and other determinants of survival after in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Q J Med* 1991;296:1005-10.
3 Smith EM, Hastie IR. Resuscitation status of the elderly. *J R Coll Physicians Lond* 1992;26:377-9.
4 Schade SG, Muslin H. Do not resuscitate decision: discussions with patients. *J Med Ethics* 1989;15:186-90.

Scanned with OKEN Scanner

Folosirea de către medicul generalist a radiografiilor sinusale

D J Houghton, F A Aitchison, L Wilkinson, J A Wilson

Îndrumări recente publicate de Royal College of Radiologists sugerează că radiografiile sinusale simple nu sunt indicate în conduita de rutină a sinuzitelor şi că recomandarea acestora ar trebui lăsată specialiştilor.[1] Această poziţie poate fi justificată pe baza dozelor mari de iradiere (echivalentul a 5 radiografii toracice) şi prin faptul că un număr mare de anomalii sunt identificate pe radiografii sinusale la jumătate din populaţia generală.[2,3] Am studiat folosirea predominantă a radiografiilor sinusale de către medicii generalişti, precum şi abordarea curentă a examinărilor sinusale în departamentele de radiologie din Marea Britanie.

Metode şi rezultate

Am trimis chestionare prin poştă tuturor celor 694 de medici generalişti din Greater Glasgow, prin care au fost întrebaţi în legătură cu modul în care folosesc şi interpretează radiografiile sinusale. Au fost, de asemenea, evaluate radiografiile sinusale de rutină efectuate în 50 de spitale din Marea Britanie (19 spitale universitare, 29 de spitale districtuale, 2 spitale de copii).

Am primit răspunsuri de la 584 de medici generalişti (84%). Dintre aceştia numai 136 (23%) nu au recomandat niciodată radiografii sinusale. Majoritatea celorlalţi au recomandat anual un număr de aproximativ 1-3 (286) sau 3-5 (109) asemenea radiografii. În tabel sunt descrise indicaţiile selectate de cei 448 de medici care folosesc în mod curent procedura. Majoritatea consideră că radiografia sinusală este indicată *ocazional* (249) sau *de regulă* (116) atunci când un pacient urmează să fie trimis la un specialist ORL. Dintre modificările radiologice sugerate, cele mai importante care ar influenţa conduita ulterioară au fost: opacitate antrală (349), devierea septului nazal (345), opacitate frontală (336) şi polipi nazali (332). Voalarea sinusurilor, îngroşarea mucoasei etmoidale şi maladia etmoidală au avut o influenţă mult mai mică în schimbarea conduitei.

Jumătate din cele 20 de departamente de radiologie au furnizat medicului generalist o singură proiecţie occipitometrică; celelalte au combinat această incidenţă cu incidenţa occipitofrontală (13), laterală (3) sau ambele (8). Un departament (pediatric) nu acceptă trimiteri directe de la medicii generalişti. Opt departamente asigură un număr mai mare de incidenţe (până la 4) pentru ORL-işti, comparativ cu medicii generalişti.

Indicaţiile pentru radiografii sinusale în conformitate cu 448 medici generalişti care recomandă cu regularitate această investigaţie

Indicaţia	Numărul doctorilor
Durere facială persistentă	439
Episoade frecvente de sinuzită acută	403
La cererea pacientului	314
Pentru a exclude un neoplasm	251
Rinoree cronică post-natală	220
Suspiciune de polipi nazali	121
Absenţă prelungită de la serviciu	112
Probleme nazale cronice în copilărie	94

Department of Otolaryngology, Head, and Neck Surgery, Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER
D J Houghton, *senior house officer*
J A Wilson, *consultant*

Department of Radiology Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER
Frances Aitchison, *senior registrar,*
Laura Wilkinson, *senior registrar*

Corespondenţa la:
Dra Wilson

Use of sinus x ray films by general practitioners
BMJ 1994;308:1608-9

Comentarii

Rata foarte mare de răspuns la chestionare indică preocuparea faţă de acest subiect a medicilor generalişti, dintre care peste trei pătrimi utilizează radiografiile sinusale. Este oare această investigaţie utilă? Cea mai frecventă indicaţie a fost durerea facială persistentă. În cazul în care este generată de o rinosinuzită cronică este frecvent asociată altor simptome. Pacienţii cu episoade recurente de sinuzită acută pot avea examinări radiografice în perioadele de remisiune. În orice caz, incidenţa unică furnizată medicilor generalişti de jumătate din departamentele de radiologie luate în studiu, permite vizualizarea corectă a numai unuia dintre cele patru sinusuri paranazale principale (antrul maxilar), al cărui aspect radiologic diferă de imaginile de antroscopie la mai mult de jumătate din pacienţi.[4] A treia indicaţie frecventă pare să fie insistenţa pacientului, care se speră a fi temperat prin invocarea recomandărilor.

Majoritatea medicilor generalişti sunt conştienţi de ponderea redusă a unor descoperiri radiologice inconsistente ca îngroşarea mucoasei şi estomparea sinusală şi se bazează pe prezenţa modificărilor serioase cum ar fi devierile de sept sau polipii nazali. Această patologie intranazală este diagnosticată mai adecvat prin rinoscopie anterioară, procedură la îndemâna medicului generalist cu ajutorul unui otoscop. Majoritatea ORL-iştilor acordă o importanţă minimă radiografiilor sinusale efectuate anterior; este considerat mai valoros un tratament de probă complet cu topice nazale cu steroizi. Deşi rinologii preferă tomografia computerizată, această examinare demonstrează o mare incidenţă (peste 40%) a modificărilor la pacienţii fără simptome[5] şi implică o iradiere considerabilă (echivalentul dozei folosite la 200 radiografii toracice).

Introducerea în anii 1980 a nasoendoscopiei diagnostice şi terapeutice a produs revoluţionarea conduitei în patologia nazală în Marea Britanie. Noi propunem ca medicul generalist să nu mai recomande radiografii sinusale; să recomande un tratament complet cu topice steroidiene la pacienţii cu rinosinuzită cronică nespecifică şi să trimită la specialist pentru evaluare pacienţii care nu răspund la tratament şi pe cei suspectaţi de neoplazii, polipi sau alte anomalii structurale.

Acest studiu a fost suportat de o bursă din partea Guthrie Trust of the Scottish Otolaryngological Society.

Traducere: Dr Gabriel DIMOFTE

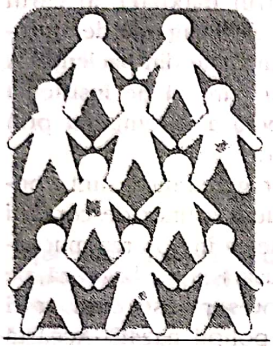
1 Royal College of Radiologists. *Making the best use of a department of clinical radiology.* Guidelines for doctors. 2nd ed. London: Royal College of Radiologists, 1993.
2 Fascenelli FW. Maxillary sinus abnormalities. Radiographic evidence in an asymptomatic population. *Archives of Otolaryngology* 1969;90:98-101.
3 Wilson PS, Grocutt M. Mucosal thickening on sinus X-rays and its significance. *J Laryngol Otol* 1990;104:694-5.
4 Pfleiderer AG, Croft CB, Lloyd GAS. Antroscopy: its place in clinical practice. A comparison of antroscopic findings with radiographic appearances of the maxillary sinus. *Clin Otolaryngology* 1986;11:455-61.
5 Havas TE, Motbey JA, Gullane PJ. Prevalence of incidental abnormalities on computed tomographic scans of the paranasal sinuses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 856-9.

Scanned with OKEN Scanner

Prevenţia cancerului în unităţile primare

Dieta şi cancerul

Joan Austoker



Datele din literatura medicală arată că modificări ale dietei pot reduce riscul cancerului cu o treime sau, în unele studii mai optimiste, chiar cu două treimi. Pe baza dovezilor existente încă nu este totuşi cert ce tipuri de cancere sunt legate cauzal cu dieta şi în ce proporţie sunt ele datorate unor componente specifice ale dietei. Dieta este dovedită a fi un factor major în etiologia cancerelor colonului şi stomacului, dar poate fi de asemenea importantă şi în etiologia multor altor cancere. Cu excepţia dovezilor puternice şi consistente despre efectul protector al fructelor şi legumelor, măsuri dietetice practice care să reducă riscul cancerului sunt dificil de formulat. În general evidenţele sunt teoretice sau contradictorii şi, în orice caz, prea slabe pentru a justifica măsuri specifice. Date autorizate asupra tratamentului dietetic în cancer lipsesc cu desăvârşire, datorită absenţei cercetărilor. De aceea succesul unui tratament individualizat va depinde de educaţia, pregătirea şi susţinerea adecvată a pacienţilor de către medicii de medicină generală.

Majoritatea evidenţelor asupra legăturii dintre dietă şi cancer sunt încă neconcludente. Există, totuşi, date ce arată că modificările dietei pot reduce riscul cancerului cu o treime sau chiar cu două treimi. Influenţa dietei asupra cancerului este demonstrată şi de cercetările făcute pe animale.

Alimentele pot interveni în diferite moduri: nu numai prin introducerea în organism de carcinogeni sau de substanţe din care se formează carcinogeni *in vivo*, ci şi prin influenţarea metabolismului carcinogenilor şi a reacţiilor organismului faţă de aceste substanţe.

Comparaţiile făcute între ţări privind tipul alimentaţiei la diferite populaţii şi incidenţa cancerului în aceste populaţii au făcut posibile formularea mai multor ipoteze. Importanţa acestor corelaţii este diminuată însă de faptul că dieta umană nu e formată din componente alimentare izolate.

Pe baza rezultatelor studiilor epidemiologice care au testat diverse ipoteze se admite în prezent că dieta este probabil un factor major în etiologia cancerului colonului şi stomacului; de asemenea, rezultatele sugerează că dieta poate fi un posibil factor major şi în etiologia cancerului de sân, de prostată sau a altor cancere.

Cancer Research Campaign Primary Care Education Research Group, Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford, Oxford OX2 6PE
Joan Austoker, *director*

BMJ 1994;**308**:1610-4

Tabel I: ***Dieta obişnuită şi cancerul***

Factori posibil protectori:	*Factori posibil de risc:*
• Fructele	• Carnea
• Legumele	• Grăsimile saturate vegetale sau animale
• Fibrele	• Mîncăruri conservate
• Nutrienţii antioxidanţi: β carotenul , vitaminele C şi E	• Alcoolul
• Fitoestrogenii	• Sarea
• Untura de peşte	
• Calciul	

Legătura dietă-cancer: posibilităţi de prevenţie

Pe baza evidenţelor existente nu este posibilă o formulare precisă a unei legături cauzale între dietă şi cancer şi nici aflarea proporţiei cancerelor datorate unor componente alimentare specifice.

Tabelul I prezintă ipotezele actuale privind asocierea dintre riscul cancerului şi factori ai dietei.

Tabelul II prezintă unele dintre asocierile posibile dietă-cancer.

FRUCTELE ŞI LEGUMELE

Există dovezi concludente că un aport crescut de fructe şi legume protejează împotriva multor cancere. Această asociere este mai evidentă pentru cancerele pulmonare şi ale tubului digestiv. Nu a fost însă demonstrată încă existenţa unui asemenea efect protector la cancerele hormonodependente.

Există probe ale relaţiilor sinergice dintre fumat sau ingestia de alcool şi malnutriţie, în special pentru aportul scăzut de fructe şi legume. Pentru cancerele din sfera bucofaringiană şi esofagiană cel mai mare risc îl au consumatorii de băuturi tari, aceştia au şi un aport

Tabel II: *Asocieri posibile între factori dietetici specifici şi riscul cancerului (după OMS, modificat)*

Localizarea cancerului	Aport lipidic crescut	Greutate corporală mare	Aport crescut de fibre	Aport crescut de legume şi fructe
Plămîn				risc
Sân	risc posibil	risc		
Prostată	risc posibil			
Endometru		risc		
Cervix				risc
Vezica urinară				risc
Cavitatea bucală				risc
Esofag				risc
Stomac				risc
Colon/rect	risc		risc	risc

*) numai la femei după menopauză

Scanned with OKEN Scanner

scăzut de fructe şi legume. Cercetările au arătat că fumătorii cu un aport de legume suficient de mare pentru a menţine un nivel crescut de ß caroten plasmatic au un risc de a dezvolta cancerul pulmonar cu 60% mai scăzut.

Efectul protector al fructelor şi legumelor pare a fi general şi mai consistent decât cel al altor componente alimentare. Deşi au fost postulate multe mecanisme biologice, nu există nici o dovadă reală că un anume component din fructe sau legume este responsabil de acest efect. Se conturează însă (din ce în ce mai clar) unele asocieri specifice între nutrienţii din legume şi fructe şi localizările cancerului. Reducerea riscului cancerului cavităţii orale, faringelui, laringelui, esofagului şi stomacului este corelată cu aportul crescut de vitamină C şi carotenoizi. Această corelaţie este în concordanţă cu efectul protector pentru substanţele antioxidante realizat de vitamina C şi carotenoizi. Rezultate recente sugerează, de asemenea, că ß-carotenul alimentar, fructele, legumele proaspete şi suplimentele de vitamina E reduc riscul cancerului pulmonar la femeile şi bărbaţii fumători şi nefumători. Probele actuale nu sunt suficient de concludente pentru a recomanda suplimentarea specifică a dietei cu vitaminele A, C şi E, cu ß caroten sau cu seleniu, în ciuda dovezilor experimentale sugestive. Unele suplimente, cum ar fi seleniul, pot fi toxice în doze mari şi, de aceea, nu sunt recomandate. Astfel, orice recomandare dietetică trebuie direcţionată mai degrabă spre un aport integral de fructe şi legume decât spre unul suplimentat cu componente alimentare specifice.

Un studiu intervenţional randomizat realizat în Linxian (China) a arătat reducerea mortalităţii datorate cancerului, în particular a cancerului gastric, printre persoanele ce au primit suplimentări de ß caroten, vitamina E şi seleniu. A fost prima situaţie în care s-a demonstrat că suplimentarea dietei poate fi utilizată pentru reducerea frecvenţei cancerului în cadrul unui studiu populaţional. Aceasta a fost însă o populaţie selectată, cu o incidenţă a cancerului mai crescută şi cu antecedente de aporturi scăzute a mai multor micronutrienţi. Rezultatele de la această populaţie aflată la o extremă a alimentaţiei nu pot fi extrapolate la majoritatea populaţiilor occidentale, a căror dietă este, în general, mult mai bogată în micronutrienţi.

GRĂSIMILE ŞI ENERGIA

Problema efectului posibil în cancerogeneză al aportului energetic total sau al contribuţiei energetice a fiecărui principiu alimentar în parte (lipide, proteine, glucide şi alcool) este încă nerezolvată. Echilibrul dintre aportul energetic şi activitatea fizică este, de asemenea, un factor incert. Aportul energetic excesiv este un element de risc numai când conduce la obezitate, dar nu şi când e asociat cu pierderi energetice mari. Obezitatea e un factor de risc stabilit pentru cancerul endometrial şi mamar postmenopauzal, dar corelaţia dintre aceste cancere şi aportul energetic excesiv este mai puţin clară. Activitatea fizică crescută şi controlul greutăţii corporale ar putea contribui la reducerea riscului cardiopatiei ischemice şi a accidentelor vasculare cerebrale şi pot avea ca efect şi o reducere a riscului cancerului endometrial şi mamar postmenopauzal.

Asocierea dintre aportul lipidic alimentar şi cancerul de sân este controversată şi în prezent rămâne neclară. Există, de asemenea, multe dovezi că aportul lipidic ridicat poate creşte riscul cancerului prostatei, colonului şi rectului. Pare deci justificată concluzia că dietele bogate în grăsimi saturate cresc riscul de cancer şi, probabil, cel mai mult pentru cancerul colorectal. Dar, privite global, aceste dovezi nu justifică recomandarea unor măsuri specifice care ar putea să reducă riscul cancerului (deşi recomandarea reducerii grăsimilor saturate este perfect justificată pentru eliminarea riscului de cardiopatie ischemică).

Există însă probleme ridicate de studii care au corelat o incidenţă şi/sau mortalitate crescută datorate cancerului asociate cu concentraţii plasmatice scăzute de colesterol. Aceste observaţii pot fi explicate, totuşi, fie prin factorii care cauzează aceste boli, fie prin faptul că boala incipientă determină scăderea concentraţiilor colesterolului seric.

În mod curent, în alimentaţia britanică lipidele furnizează cam 40% din totalul de energie. Recomandările actuale pentru prevenirea cardiopatiei ischemice sunt de a reduce grăsimile totale şi saturate, astfel încât aportul energetic asociat lor să nu depăşească respectiv 35% şi 11%. Raportată la populaţie, reducerea aportului energetic lipidic de la 40% la 35% sau reducerea grăsimilor saturate de la 17% la 11% ar putea conduce la o reducere semnificativă a concentraţiei colesterolului seric. S-a estimat că o reducere cu 10% a concentraţiei colesterolului total în populaţie ar putea determina în timp o scădere de 20-30% a mortalităţii datorate cardiopatiei ischemice.

Reduceri semnificative ale concentraţiei colesterolului seric au fost realizate în comunităţi nordice şi americane printr-o modificare a dietei care s-a realizat în ultimii ani. Efectul acestor măsuri în prevenirea cancerului, de exemplu a celui colorectal, este o problemă complexă şi trebuie să se bazeze mai degrabă pe certitudini decât pe probabilităţi. Deşi, în timp ce acest beneficiu ar putea fi important pentru acei indivizi care îl necesită, cercetările actuale sunt încă insuficiente pentru a identifica asemenea indivizi.

FIBRELE

În ceea ce priveşte fibrele, problemele apar datorită necunoaşterii exacte a componentelor ce exercită efectul benefic în protecţia anticancerigenă. Dovezi există, dar încă neconcludente, că fibrele alimentare protejează împotriva cancerului colonului. Termenul de "fibre" include mai multe componente, fiecare dintre ele având o funcţie specifică. Majoritatea studiilor cancerului colorectal nu au găsit un

Scanned with OKEN Scanner

efect protector al fibrelor din legume şi parţial din fructe. Aceasta ar putea reflecta în mod credibil o asociere cu alte componente ale fructelor şi legumelor în care aportul de fibre să fie doar un simplu indicator al consumului. Clasic, fibrele reprezintă totuşi un component important al carbohidraţilor nedigeraţi ce ajung în colon şi pentru educaţia publică se recomandă încă un consum crescut de cereale integrale la micul dejun şi de legume verzi la celelalte mese, acestea reprezentând principalele surse de fibre.

COROLAR

Deşi există dovezi că modificarea dietei poate reduce riscul de cancer, contribuţia dietei la incidenţa şi mortalitatea acestuia nu poate fi măsurată pe baza cunoştinţelor actuale. Formulări practice ale unei diete care să reducă riscul de cancer sunt dificil de realizat, iar în general dovezile sunt şi teoretice şi contradictorii, astfel încât nu este justificată nici o intervenţie specifică.

Orice recomandări legate de alterări ale dietei vor necesita mai degrabă integrarea într-un grup de măsuri privind alimentaţia şi prevenirea bolilor cronice decât focalizarea pe efectele ce scad, posibil, riscul de cancer.

În general, datele acumulate sunt suficient de concludente pentru a justifica programele de educaţie publică asupra importanţei creşterii consumului de fructe şi legume în special crude, gătite uşor (semipreparate) şi sub formă de salate (vezi tabelul III).

Reducerea aportului lipidic total şi a celui de lipide saturate poate fi corelat cu prevenţia afecţiunilor coronariene şi nu în mod specific cu cea a cancerului, deşi reducerea aportului lipidic ar putea conduce la diminuarea incidenţei cancerului colorectal.

Dovezile asupra importanţei alimentelor bogate în amidon şi fibre în limitarea riscului de cancer colonic se acumulează. Nu există însă suficiente dovezi pentru a susţine recomandarea sporirii aportului de cereale integrale pe baza exercitării efectului lor protector împotriva cancerului, dar o creştere a aportului acestor produse este de dorit pentru reducerea lipidelor alimentare.

Nu există nici o probă concludentă că suplimentele în vitaminele şi mineralele protejează împotriva cancerului. Mai mult, utilizarea lor poate determina supradozaje ocazionale sau false asigurări rezultate din tendinţa de a ignora recomandările mai largi în ceea ce priveşte fructele şi legumele. Nu există nici o dovadă că aditivii alimentari cum ar fi conservanţii, aromatizanţii sau coloranţii artificiali cauzează cancerul la oameni.

S-a sugerat de mult timp că sarea ar putea fi un factor de risc pentru cancerul gastric şi că, de aceea, consumul ei ar trebui redus. Există alte raţiuni pentru care aportul scăzut de sare poate fi benefic - de exemplu în scăderea tensiunii arteriale.

Alte recomandări bazate pe probele existente sugerează că nu ar trebui crescut deasupra celui actual nivelul consumului mâncărurilor afumate, conservate, marinate şi că mâncarea care a devenit râncedă ar trebui evitată. Aceste dovezi provin din ţările în curs de dezvoltare unde există o dependenţă puternică de asemenea produse. Gradul de consum al mâncărurilor de mai sus nu constituie un risc în Marea Britanie.

Tabel III: *Dieta şi cancerul — corolar*:

- Consumul frecvent de fructe şi legume este compatibil cu riscul scăzut de cancere digestive şi ale căilor respiratorii.
- Reducerea nivelelor lipidelor totale şi nesaturate poate conta pentru reducerea riscului bolilor cardiovasculare, dar nu şi pentru reducerea riscului de cancer în particular (în mod specific).
- Evitarea obezităţii.
- Dovezile că fibrele alimentare protejează împotriva cancerului sunt neconcludente. Este de dorit substituirea lipidelor alimentare cu alimente bogate în fibre.
- Vitaminele şi suplimentarea mineralelor nu sunt necesare la persoanle care au o dietă bine echilibrată şi nu există vreo dovadă certă că ar preveni cancerul.
- Nu există nici o probă că coloranţii artificiali şi aditivii alimentari ar cauza cancerul la oameni.
- Consumul de carne afumată, conservată, marinată şi sub formă de grătare este improbabil a fi riscant în Marea Britanie, dar nu trebuie să depăşească nivelele actuale.
- Evitaţi mâncărurile râncede.

Alte componente alimentare care sunt studiate actualmente pentru efectul lor protector potenţial sunt untura de peşte, acizii graşi de tip w3, fitoestrogenii şi calciul.

Necesitatea cercetării mai amănunţite a relaţiei dietă-cancer

Un program viabil de prevenire depinde de înţelegerea adevăratei relaţii dietă-cancer. În afară de datele destul de concordante asupra efectului protector al fructelor şi legumelor, informaţii epidemiologice certe asupra acestei relaţii sunt rare şi neconcludente. Problema majoră în conducerea studiilor asupra dietei a constituit-o dificultatea evaluării conţinutului dietei actuale şi trecute. Rezultatele furnizate de studiile individuale retrospective rămân controversate în multe chestiuni importante. Aceste studii se bazează pe relatarea propriilor obiceiuri alimentare anterioare care poate fi subiectivă. Pot însă exista interferenţe şi influenţe. Pacienţii care au cancer îşi pot reaminti dieta în moduri diferite la controale periodice.

Studiile randomizate intervenţionale reprezintă de aceea mijloacele ideale furnizând concluzii solide, dar sunt dificil de implementat pentru că natura umană şi apetitul sunt dificil de controlat. Studiile prospective pe termen lung nu reprezintă o soluţie ideală pentru că nu poate fi determinat momentul în care începe carcinogeneza. Ele pot oferi totuşi avantajul că datele asupra dietei curente pot fi adunate înainte de debutul bolii şi nu există interferenţe caz-martor.

Investigaţia europeană prospectivă a cancerului (EPIC) reprezintă cel mai detaliat

Scanned with OKEN Scanner

studiu asupra relaţiei dietă-cancer în curs de realizare. El a fost continuat astfel încât să testeze ipotezele reunite în tabelul I. Peste 400.000 de bărbaţi şi femei de vârstă medie, sănătoşi din 7 ţări europene vor fi solicitaţi să furnizeze o probă de sânge pentru a obţine măsuri obiective ale statusului lor nutriţional şi informaţii complete despre obiceiurile alimentare, medicaţia şi stilul lor de viaţă. Toate cele 7 ţări vor utiliza un protocol standardizat, astfel încât rezultatele să fie puse în comun, prin aceasta crescând acurateţea studiului.

Colaborarea facilitează, de asemenea, investigarea efectelor diferitelor tipuri de hrană, deoarece obiceiurile alimentare sunt destul de diverse în ţările Europei nordice şi sudice. Studierea incidenţei şi mortalităţii prin cancer va dura cel puţin 10 ani.

În Marea Britanie 75.000 de pacienţi sunt recrutaţi pentru studiu prin intermediul medicilor de medicină generală de pe tot cuprinsul ţării.

Strategii de prevenire — populaţia vis-a-vis de măsurile individuale

Tabelul IV prezintă unele din problemele implementării conduitei preventive în relaţia dietă-cancer. Un asemenea program trebuie să convingă că reduce major incidenţa şi mortalitatea datorate cancerului. Pe baza probelor existente, cu excepţia celei ce priveşte aportul crescut de fructe şi legume, un asemenea program nu poate fi susţinut numai pentru cancer în particular.

O problemă adiţională, dar nu mai puţin importantă, o reprezintă faptul că asemenea măsuri, care sunt salutare în rândul populaţiei generale, nu sunt în mod necesar benefice pentru fiecare individ în parte.

Probabilitatea beneficiilor populaţiei în ceea ce priveşte recomandările legate de modificările alimentaţiei este mult mai mare în prevenirea bolilor cardiovasculare decât în prevenirea cancerului. Este important ca orice măsuri ce vizează prevenţia cancerului prin ajustarea dietei să poată furniza publicului suficiente probe asupra avantajelor şi dezavantajelor (eventual a riscurilor) pentru a le permite să ia decizii corecte asupra modificărilor alimentaţiei. Aceasta include şi necesitatea prezentării cunoştinţelor actuale despre relaţia dietă-cancer.

Tabel IV: *Strategii de prevenire — unele probleme*

- Impactul total al factorilor alimentari asupra incidenţei şi mortalităţii datorate cancerului e dificil de determinat.
- Nu există cercetări (cunoştinţe) suficiente asupra celor mai bune mijloace de a modula dieta.
- Efectul precis al implementării modificărilor dietei asupra riscului de cancer este dificil de cuantificat.
- Orice recomandare ar trebui să reflecte relativa importanţă a factorului de risc în ceea ce priveşte frecvenţa cancerului.
- Dovezile efectelor benefice ale unei modificări a alimentaţiei ar trebui să contrabalanseze orice efecte potenţial nocive.
- Un program populaţional trebuie să aibă potenţial în reducerea incidenţei şi mortalităţii datorate cancerului.
- Efectul oricărei intervenţii poate fi întârziat cu mulţi ani, posibil chiar cu o generaţie întreagă.
- Măsurile benefice pentru populaţia generală nu sunt în mod necesar benefice fiecărei persoane.
- Individualizarea măsurilor ar putea determina o foarte mică scădere a riscului global al cancerului în populaţie.
- Nu este posibil în prezent să se presupună care categorii populaţionale vor avea beneficii — datele fiind bazate mai degrabă pe probabilităţi decât pe certitudini.

Tabel V: *Scopurile programului*

Dietă şi nutriţie

- Reducerea procentului total al energiei metabolice furnizate de lipide (acizi graşi saturaţi) cu cel puţin 35% în 2005 (de la 17% la max.11%).
- Reducerea procentului energiei derivate din grăsimile totale cu cel puţin 12% în 2005 (de la 40% la max. 35%).

Obezitate

- Reducerea procentajului persoanelor obeze cu vârste cuprinse între 16-64 ani cu cel puţin 24% la bărbaţi şi cel puţin 33% la femei în 2005 (de la 8% pentru bărbaţi şi 12% pentru femei în 1986 1987 la max. 6 respectiv 8%).

Măsurile individuale ar putea determina o mică reducere a riscului global al cancerului în rândul populaţiei. În plus, intervenţiile asupra dietei implică într-o anumită măsură individualizarea strategiei. O asemenea strategie ar putea promova educaţia sanitară individuală în medicina generală şi ar putea fi complementară unei strategii populaţionale. Succesul unei asemenea strategii individuale va depinde într-o măsură considerabilă de o susţinere adecvată şi de pregătirea medicilor în cauză din echipele de medicină generală. Un program direcţionat specific spre prevenirea cancerului este imposibil, cu excepţia recomandărilor oferite pacienţilor obezi.

„SĂNĂTATEA NAŢIUNII"

Scopurile programului sanitar guvernamental „Sănătatea Naţiunii" pentru dietă şi nutriţie sunt îndreptate specific spre prevenirea riscului afecţiunilor cardiovasculare (*Tabel V*). Există un conflict net între politica sanitară guvernamentală şi cea agricolă. Subvenţiile agricole guvernamentale actuale se îndreaptă în special spre producţiile de carne, lactate şi furaje animale (*Tabelul VI*). Dacă se ia în consideraţie conţinutul ridicat de grăsimi al acestor produse, scopurile acestui program naţional par mai greu realizabile. De aceea, strategia de implementare a subvenţionării alimentelor ar trebui corelată mai întâi cu priorităţile sanitare.

Programul „Sănătatea Naţiunii" accentuează importanţa educaţiei sanitare a populaţiei, ce încurajează astfel o alimentaţie sănătoasă şi subliniază necesitatea găsirii resurselor necesare educării populaţiei şi pregătirii personalului medical aferent. De asemenea, se pledează pentru asigurarea adecvată a aportului de legume, fructe şi alimente bogate în amidon. În timp ce importanţa educaţiei şi accesibilitatea nu pot fi negate, alţi factori, cum ar fi cultura şi nivelul economic pot fi, de asemenea, semnificativi.

Scanned with OKEN Scanner

Tabel VII: *Probleme-cheie pentru echipele de medicină generală*

- Cu excepţia efectului protector al fructelor şi legumelor, dovezile legăturii dietă-cancer sunt neconcludente.
- Sunt necesare mesaje concludente şi exacte.
- Ajustările dietei trebuie să fie relevante pentru toate stilurile de viaţă (alimentaţie sănătoasă) — ca parte a unei prevenţii (profilaxii) generale a bolilor cronice şi nu a cancerului în particular.
- Necesitatea apariţiei unor metode chestionar de evaluare.
- Trebuie vizate persoanele care au beneficiul cel mai mare.
- Încorporarea principiilor de "proces al schimbării" şi de "motivaţie a intervenţiei" pot duce la rezultate îmbunătăţite.
- Recomandările medicului generalist trebuie adaptate pe cât posibil necesităţilor individuale.
- Informaţiile simple, recomandările şi susţinerea adecvată pot fi mai utile decât măsurile mai detaliate şi sofisticate.
- Recomandările trebuie să fie practice, pozitive, relevante.
- Personalul mediu poate avea un rol important în asigurarea controlului periodic al recomandărilor medicului generalist.
- Dieteticienii îşi au rolul lor, dar mai mult în educarea medicilor generalişti şi a personalului mediu decât în sfătuirea pacienţilor.
- Recomandărilor verbale trebuie să li se asocieze pliante simple cu ilustraţii adecvate cu chestiunile de bază ale dieteticii.

Tabel VI: *Subvenţiile agricole din Marea Britanie pentru 1990*[3]

Produsul	Subvenţionat (%)
Carne de vită	26,5
Cereale	17,9
Lactate	15,6
Carne de oaie	14,7
Oleaginoase	12,7
Zahăr	6,5
Altele, inclusiv carnea de porc	3,4
Semipreparate	2,7

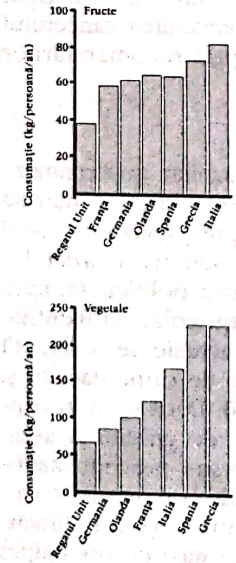


Fig. 1 — Consumul de fructe şi legume (excluzând cartofii) în şapte state europene

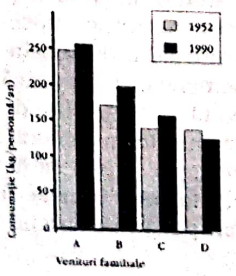


Figura 1 arată consumul de fructe şi legume în cele 7 ţări europene participante la studiul prospectiv al cancerului. Deşi unii factori sociali şi culturali influenţează această distribuţie, factoriieconomici legaţi de costul fructelor şi legumelor pot juca un rol important. Există dovezi care indică faptul că familiile cu venituri mici sunt mai susceptibile să consume alimente cu valoare nutriţională mai mică decât cele ale familiilor cu venituri mai mari.

Figura 2 arată relaţia dintre venitul familial şi consumul de fructe în Marea Britanie.

Creşterea consumului de fructe şi legume reprezintând o opţiune reală în alimentaţia naţională, este necesară considerarea posibilităţilor de a face convenabilă achiziţionarea acestora.

Cât de eficace sunt ajustările alimentaţiei în medicina generală?

Exigenţele grupurilor 2 şi 3 ale noului program sanitar promoţional aplicabil la nivel de medic de medicină generală includ necesitatea regimului dietetic pentru un număr de afecţiuni, precum şi pe cea a monitorizării, oferind ajustări realizabile pentru toţi pacienţii cuprinşi între 15 şi 74 de ani.

Date autorizate în ceea ce priveşte regimul dietetic în medicina generală sunt precare datorită cercetărilor insuficiente. Când asemenea date sunt disponibile, ele arată că un astfel de regim nu produce modificări de lungă durată alimentaţiei.

Există multe bariere în asigurarea eficacităţii intervenţiilor nutriţionale. Mai multe studii au arătat că noţiunile de dietetică ale medicilor generalişti şi ale asistenţilor medicali sunt adesea incomplete şi ocazional inexacte. S-au identificat, de asemenea, deficienţe apreciabile în capacitatea de a da recomandări dietetice practice şi adecvate. Aceste studii arată necesitatea îmbunătăţirii educaţiei igieno-dietetice şi pregătirii personalului medical direct implicat.

Lipsa încurajării ducerii la bun sfârşit a acestor intervenţii alimentare poate fi, de asemenea, un factor inhibitor în special dacă rata succesului este scăzută. Un studiu randomizat a demonstrat că o treime dintr-un grup de bărbaţi ce au avut recent infarct miocardic era incapabilă sau nu dorea să urmeze un regim alimentar. De aceea, chiar la persoanele cu un înalt risc, strădaniile echipelor de medicină generală de a oferi recomandări alimentare pot adesea întâmpina rezistenţă, dacă nu chiar resentimente. Motivaţia va fi afectată de asemenea confruntări.

Există informaţii asupra celor mai bune metode de evaluare a alimentaţiei şi de implementare a intervenţiilor nutriţionale în medicina generală. Este în lucru un studiu randomizat la pacienţii cu un nivel de colesterol moderat crescut, studiu ce încearcă compararea eficacităţii recomandărilor nutriţionale furnizate de asistentele medicale cu cea a recomandărilor asigurate de dietetician pentru realizarea unor concentraţii serice scăzute de colesterol. În alte domenii de promovare a sănătăţii în medicina generală, studiile au arătat că implicarea personalului medical mediu fără participarea medicului generalist nu este eficace.

Atât pentru încetarea fumatului, cât şi pentru reducerea consumului de alcool, recomandările concise ale medicului generalist reprezintă componente esenţiale. Controlul periodic poate fi asigurat de către personalul mediu, care poate repeta recomandarile dietetice cu o mai mare promptitudine faţă de medicul generalist. Pregătirea adecvată a acestui personal a arătat o creştere atât a cunoştinţelor, cât şi a perceperii eficacităţii ajustărilor dietei.

Deşi această strategie om-la-om ia mult timp, s-a demonstrat a fi folositoare şi în alte încercări de a schimba stilul de viaţă. Există puţine dovezi ce susţin utilizarea pe termen lung a măsurilor aplicate grupurilor.

Eficacitatea multor materiale de popularizare a educaţiei nutriţionale, actualmente disponibile echipelor de medicină generală, necesită a fi evaluată. Probele actuale asupra utilităţii lor sunt contradictorii. În timp ce un studiu demonstrază utilitatea pliantelor de educaţie sanitară în medicina generală, altele au arătat dovezi insuficiente pentru a susţine eficienţa acestor pliante.

În ciuda sărăciei materialelor publicate ce indică utilitatea ajustărilor alimentare, solicitarea lor de către medicii generalişti indică ca o gamă de modificări ale dietei este actualmente utilizată. *Tabelul VII* arată strategia de urmat de către echipele de medici generalişti în relaţia cancer-dietă. Sunt necesare însă cercetări mai amănunţite pentru a găsi cele mai bune metode de implementare a recomandărilor dietetice în medicina generală.

Concluzii

O conduită preventivă solidă depinde de o înţelegere mai exactă a relaţiei dietă-cancer. Cu excepţia efectului protector al fructelor şi vegetalelor, dovezile care să lege dieta de cancer sunt în multe privinţe neconcludente şi contradictorii. Mecanismul precis de acţiune a multor factori nutriţionali care pot reduce riscul cancerului rămâne neclar.

Scanned with OKEN Scanner

Cercetările sunt dificil de realizat pentru că alimentaţia umană nu constă din componente nutritionale izolate. Mai mult, obiceiurile alimentare se corelează puternic cu alţi factori cum ar fi fumatul şi băutul, care influenţează independent riscul cancerului. De aceea, orice încercare de a izola un factor unic în carcinogeneză este zadarnică. În ciuda acestor rezultate, este importantă supravegherea direcţiilor promiţătoare, în ceea ce priveşte dieta şi cancerul, prin întreprinderea studiilor populaţionale prospective şi intervenţionale.

Trebuie cunoscute cele mai bune metode de implementare a recomandărilor nutriţionale dacă se vrea un impact complet. O strategie populaţională are un potenţial mult mai mare de realizare a unei scăderi majore a incidenţei şi mortalităţii datorate cancerului, decât un program individualizat. Totuşi, pe baza dovezilor prezente, cu excepţia recomandărilor asupra consumului de fructe şi legume, nu există recomandări care pot fi susţinute în populaţia generală numai pentru cancer în particular. Ajustările nutriţionale în medicina generală necesită recomandări individualizate. Succesul unei strategii individuale va depinde de o educaţie, pregătire şi susţinere adecvate personalului medical direct implicat. Cercetări mai amănunţite sunt necesare în direcţia implementării ajustărilor nutriţionale în medicina generală.

Mulţumesc doctorului David Forman, doctorului Trin Key, şi doamnei Jean Kuip pentru sugestiile constructive pe marginea acestui articol.

Traducere: Sabina ANTONIU

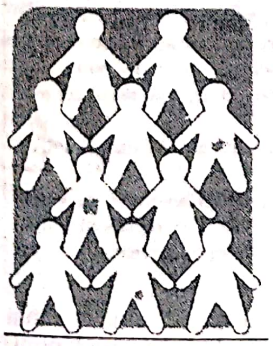
1 World Health Organisation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *WHO Tech Rep Ser* 1990;797.
2 Secretary of the State for Health. *The Health of the nation*. London: HMSO, 1992.
3 Ministry of Agriculture, Fisheries and Food. Agriculture in the United Kingdom: 1990. London: HMSO, 1991.
4 Commission of the European Communities. The agricultural situation in the community: 1991 report. Brussels: CEC, 1992.
5 Ministry of Agriculture, Fisheries and Food. Report of the national food survey, 1991. London: HMSO, 1992.

Bibliografie adiţională selectivă

American Cancer Society. Guidelines on diet, nutrition and cancer. CA 1991;41: 334-8.
Baron JA, Gleason R, Crowe B, Mann JI. Preliminary trial of the effects of general practice based nutritional advice. Br J Gen Pract 1990;42: 137-41.
Block G, Patterson B, Subar A. Fruit, vegetables and cancer prevention: a rewiev of the epidemiological evidence. Nutr Cancer 1992;18:1-29.
Boyle p. Nutritional factors and cancer. In: Garrow JS, James WPT, eds. Bassmore's textbook of nutrition. 9th ed. Human nutrition and dietetics. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1993:701-13.
Boyle P. Dietary factors in aetiology of cancer. Oncology and Haematology 1994;2:7-8. (Literature service 1.)
Boyd Nf, Martin LJ, Noffel M, Lockwood GA, Tritcher DL. A meta-analysis of studies of dietary fat and breast cancer risk. Br J Cancer 1993;68:627-36.
Doll R. The prevention of cancer: opportunities and challenges. In: Heller T, Davey B, Bailey L, eds. Reducing the risk of cancer. London: Hoder and Stoughton, 1989:14-25.
Doll R. The lesson of life: keynote address to hte nutrition and cancer conference. Cancer Res 1992;52:2024-9s.
Francis J, Roche M, Mant D, Jones L, Fullard E. Would primary health care workers give appropriate dietary advice after cholesterol screening: BMJ 1989;298:1620-2.
Health Education Authority. Nutrition interventions in primary health care: a literature review. London; HEA, 1993.
Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic-heart disease? BMJ 1994;308:367-73.
Mann JI, Morgan B, Ball M, Mant D, Jones L, Robertson I. Hyperlipidaemia in general practice: three year follow up of an opportunistic screening project. Br J Gen Pract 1990;40:418-22.
Modan B. Diet and cancer: causal relationship or wishing thinking? Lancet 1992;340:162-4.
RiboliE. Nutrition and cancer: background and rationale for the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Annals of Oncology 1992;3:783-91.
Riboli E, Cummings JH. Ole Moller Jensen memorial symposium on nutrition and cancer. Int J Cancer 1993;55:531-7.
Robertson I, Phillips A, Mant D, Thorogood M, Fowler G, Fuller A, et al. Motivational effect of cholesterol measurement in general practice health checks. Br J Gen Pract 1992;42:469-72.
Steimetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit and cancer. I. Epidemiology. Cancer Causes and Control 1991;2:325-57.
Tomatis L, ed. Cancer: causes, occurence and control. Lyons: International Agency for Research on Cancer, 1990.

Melanomul: prevenţia şi diagnosticul precoce

Joan Austoker



Cancer Research Campaign Primary Care Education Research Group, Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford, Oxford OX2 6PE
Joan Austoker, *director*
BMJ 1994;308:1682-6

În ultimele două decenii s-a remarcat o creştere rapidă a numărului persoanelor ce au decedat datorită unui melanom malign. Lumina solară reprezintă principalul factor determinant al melanomului. Expunerea la soare este un factor de risc care ar putea fi uşor modificat, dacă se realizează o informare corespunzătoare a publicului asupra pericolului pe care aceasta îl constituie. În acest sens, campaniile de educaţie sanitară pot juca un rol important în producerea unor modificări de mentalitate. În practica zilnică însă, medicii generalişti şi asistentele medicale au un rol important în furnizarea informaţiilor şi recomandărilor asupra expunerii raţionale la soare şi a măsurilor de protecţie la persoanele cu risc. Campaniile duse pentru reducerea diagnosticului tardiv, prin combinarea educării publice cu cea realizată de personalul medical, au fost raportate din numeroase centre din lumea întreagă. Efectele acestor campanii în reducerea amplorii distribuţiei melanomului malign cutanat au fost uneori încurajatoare, alteori însă, s-au arătat mai puţin eficace.

Până nu există dovezi clare că diagnosticul precoce reduce rata mortalităţii prin melanom, promovarea unui program de detecţie precoce va fi inoportună şi nu va reuşi să ajungă la toate categoriile de risc din populaţie. De aceea, se pare că în prezent accentul trebuie pus pe profilaxia primară a cancerului cutanat.

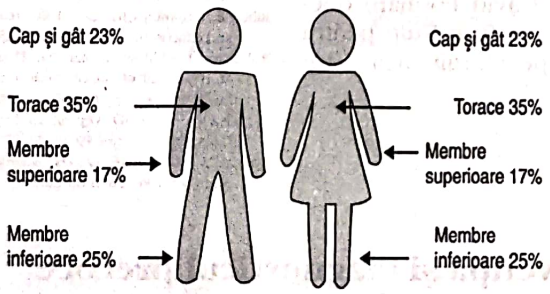
Cancerul cutanat — actualităţi

Cancerele cutanate sunt frecvente în toată lumea iar numărul lor este în creştere. Numai în Marea Britanie apar 40.000 de cazuri noi în fiecare an. Există trei tipuri principale de cancer cutanat. Cel mai frecvent cancer cutanat întâlnit este carcinomul bazocelular (ulcus rodens) şi

Scanned with OKEN Scanner

Tabel I: *Caracteristicile sumare ale principalelor 4 tipuri de melanom malign (MacKie, modificat).*

Tipurile de melanom	Caracteristici principale	% cazuri în UK
Melanomul cu distribuţie superficială	Apare mai frecvent la adultul tânăr, doar în regiuni expuse intermitent la soare; localizarea de elecţie — pe gambe la femei — pe spate la bărbaţi	50 %
Melanomul nodular	Apare mai frecvent la adulţii tineri, mai des la bărbaţi decât la femei, doar în regiuni ale corpului expuse intermitent la soare. Trunchiul este localizarea de elecţie. Are creştere rapidă	20-25%
Melanomul lenticular (lentigo)	Apare numai la persoane în vârstă mai frecvent în regiuni expuse continuu la soare, în mod particular pe faţă. Susceptibilitate mai mare pentru cei ce îşi petrec timp îndelungat în aer.	15%
Melanomul acral şi acrolenticular (Acral or acrallentiginons melanoma).	Apare cu predilecţie pe palme, pe regiunea din jurul patului unghial al halucelui. De 8 ori mai frecvent pe tălpi decât pe palme.	10%



Tabel II: *Supravieţuirea la 5 ani a pacienţilor înregistraţi cu melanom malign în 1979 în funcţie de grosimea (diametrul) tumorii*

Procentul pacienţilor	Diametrul tumoral (mm)	Supravieţuirea la 5 ani(%)
39	≤ 1.5	93
30	1.5 - 3.49	67
31	≥ 3.5	37

carcinomul cu celule spinoase, ambele afectând în special populaţia în vârstă.

Peste 95% din aceste două tipuri de cancer sunt curabile totuşi ele pot fi mutilante dacă nu sunt diagnosticate şi tratate precoce.

Al treilea tip îl reprezintă melanomul malign, care este mai rar comparativ cu primele două tipuri (11% din totalul cancerelor cutanate). Există patru tipuri principale de melanom malign (tabelul 1).

În 1988 în Marea Britanie s-au înregistrat 4.438 de noi cazuri de melanom, dar aceasta este probabil o subestimare datorită unei evaluări incomplete (cu excepţia Scoţiei). Pentru fiecare 6-7 cazuri de melanom înregistrate la femei există 4 cazuri la bărbaţi.

Melanomul malign apare la femei mai frecvent pe gambe, iar la bărbaţi mai frecvent pe spate: vezi fig. La persoanele în vârstă melanoamele se dezvoltă cu predilecţie la nivelul feţei.

Atât incidenţa cât şi rata mortalităţii au crescut semnificativ în ultimii ani. Din 1974 numărul persoanelor ce au decedat din cauza melanoamelor maligne a crescut cu 156%. Este unul din puţinele cancere care afectează adultul tânăr, dar este extrem de rar înainte de pubertate. 22% din totalul melanoamelor apar sub vârsta de 40 ani. În intervalul de vârstă cuprins între 15 şi 34 de ani este al III-lea cancer ca frecvenţă la femei şi al VII-lea la bărbaţi.

Supravieţuirea pacienţilor trataţi este, de asemenea, legată de diametrul tumorii cunoscut ca "grosimea Breslow". Pacienţii cu tumori "mici" au o rată de supravieţuire mai mare (vezi tabelul II).

Din nefericire, diagnosticul este întârziat de o serie de motive, iar rata supravieţuirii globale la 5 ani a fost în Marea Britanie de 52% pentru bărbaţi şi de 75% pentru femei. Prognosticul mai bun la femei s-ar datora unui diagnostic mai precoce, deşi unele leziuni incipiente pot consta din tumori non-progresive. Pentru tumorile cu creştere rapidă, în special pentru tipul nodular, diagnosticul precoce e dificil de realizat.

Riscul de a face melanom sau alte cancere cutanate

Mai mulţi factori influenţează riscul individual de a dezvolta un melanom, şi anume:

- expunerea la soare;
- tipul cutanat;
- modificarea aspectului nevilor pigmentari existenţi (aluniţe; mole);
- prezenţa unui număr mare de nevi;
- melanom în antecedente.

Tabel III. *Asocieri între melanom şi lumina solară*

- Incidenţa melanomului variază cu latitudinea geografică. Pentru populaţii cu aceeaşi culoare a pielii, cu cât sunt mai aproape de Ecuator, cu atât incidenţa e mai mare.
- Studiile au raportat riscuri semnificativ crescute la cei cu arsuri solare din copilărie.
- Studii efectuate pe emigranţi în Australia şi Noua Zeelandă arată că cei sosiţi la vârste mai mari de 15 ani au un risc substanţial scăzut de a face melanom în comparaţie cu cei născuţi în aceste ţări însorite. Se pare, deci, că expunerea solară precoce în copilărie este importantă.
- Incidenţa este de 10-12 ori mai mare la rasa albă, care are puţin pigment melanic protector, în comparaţie cu persoane de rasă neagră care duc acelaşi stil de viaţă.
- În cadrul rasei albe, persoanele cu piele foarte albă care se arde uşor şi se bronzează greu au riscul cel mai mare.
- Obiceiurile individuale de expunere la soare influenţează riscul.
- Studiile epidemiologice au demonstrat o asociere între arsurile solare la orice vârstă şi melanom, după corecţia altor factori, în afară de tipul cutanat.

Nevii simpli, sau displastici, sunt cei mai fideli indicatori ai riscului de a face melanom. Persoanele cu riscul cel mai mare sunt cele cu antecedente familiale de melanom şi care au avut sau au nevi. Peste 10% din melanoame s-au dovedit a fi asociate fie unor caracteristici moştenite — aşa cum e cazul sindromului nevilor displastici — fie unor gene purtătoare.

Expunerea la soare

Etiologia tuturor cancerelor cutanate nu este pe deplin cunoscută, dar, pe baza studiilor

Scanned with OKEN Scanner

epidemiologice, corelate cu cele geografice, există probe concludente că toate tipurile de cancer sunt asociate expunerii excesive a pielii de culoare albă la radiaţiile ultraviolete.

Nu se ştie care este factorul cel mai nociv: intensitatea, lungimea de undă, frecvenţa, durata radiaţiilor ultraviolete sau vârsta persoanei care se expune la soare. Sunt importante însă atât expunerea solară prelungită şi repetată, cât şi expunerea episodică intensivă, în special dacă apar arsuri solare. Dovezile ce leagă arsurile solare de melanom sunt complexe. Din datele disponibile nu reiese clar dacă există o vârstă critică specifică legată de sensibilitatea la soare în copilărie sau dacă riscul de a face arsuri solare este constant pe tot parcursul vieţii. Un singur episod de arsură solară severă, în special în copilărie, poate constitui factorul declanşator al unui melanom care va apărea ulterior. Nu este clar dacă melanomul este rezultatul arsurii solare şi dacă aceasta din urmă nu e doar un marker al expunerii solare intense, dar intermitente. Asocierea melanomului cu arsurile solare poate reflecta în general şi asocierea cu o expunere solară intensă, care nu a produs neapărat arsuri.

Tipul cutanat. În funcţie de capacitatea pielii de a se bronza s-au identificat 6 tipuri de piele (tabelul IV). Persoanele cu tipurile cutanate 1 şi 2 sînt cele mai susceptibile de a dezvolta un melanom, iar cele cu piele brună sau neagră au un risc mai scăzut, deoarece pielea lor asigură o protecţie naturală împotriva soarelui.

Dacă pielea unei persoane are un mare număr de nevi, atât normali cât şi atipici, precum şi tendinţa de a face pistrui, atunci aceste persoane au cel mai mare risc de melanom. Numărul nevilor poate fi asociat cu o expunere excesivă la soare dar nu se cunoaşte dacă radiaţiile ultraviolete acţionează *„per se"* ca iniţiator, de exemplu crescînd numărul nevilor, sau ca promotor, producând transformarea lor în melanom.

Tabel IV. *Tipurile cutanate şi efectele expunerii la soare*[2]

Tip	Descriere
1	Piele albă, niciodată nu se bronzează, totdeauna se arde
2	Piele albă, se arde iniţial, se bronzează cu dificultate
3	Piele albă, se bronzează uşor, se arde rar
4	Piele albă, niciodată nu se arde, totdeauna se bronzează tipul Mediteranean
5	Piele brună — de exemplu locuitorii Indiei
6	Piele neagră afro-caraibeană

Razele solare - radiaţiile ultraviolete

Radiaţia ultravioletă este o componentă a spectrului eletromagnetic solar care poate leza pielea. Principala componentă este radiaţia ultravioletă A care produce intensificarea pigmentării cutanate fără a arde pielea, dar care poate determina leziuni profunde la nivelul tegumentului.

Radiaţia ultravioletă B produce leziuni importante şi poate cauza înroşire şi arsuri. Expunerea prelungită la asemenea radiaţii poate influenţa apariţia de vezicule şi chiar arsuri de gradul II. În considerarea riscului expunerii solare, radiaţia ultravioletă B pare a avea importanţa cea mai critică.

Radiaţia ultravioletă C, care este în prezent îndepărtată (filtrată) de către pătura de ozon, este extrem de periculoasă pentru piele. Radiaţiile ultraviolete sunt mult mai intense lângă Ecuator, la altitudini înalte, unde soarele, prin lipsa norilor, nu este ecranat.

Lămpile solare (cu ultraviolete)

Tipurile vechi de lămpi solare emit radiaţii B şi C ce produc arsuri severe şi sunt probabil asociate cancerelor cutanate la om. Se ştie mai puţin despre lămpile moderne cu radiaţii A. Totuşi, radiaţiile A produc îmbătrânirea pielii şi leziuni oculare.

Perspective de prevenire

Expunerea la soare este un factor de risc ce poate fi modificat dacă se permite populaţiei să fie informată asupra nocivităţii ei. Chiar şi atunci, pledând pentru modificarea stilului de viaţă, comportamentul unei persoane poate fi imprevizibil. În prezent, se duce o amplă luptă pentru profilaxie prin convingerea şi ajutarea oamenilor de a avea o viaţă sănătoasă. De exemplu, o anchetă recentă a arătat că peste 90% din populaţia Marea Britanie este informată asupra existenţei măsurilor de protecţie pentru copii; însă, un alt studiu realizat în 1991 în nordul Angliei, a arătat o incidenţă crescută a arsurilor la copii, 38% din ei suferind de asemenea arsuri în anul anterior, aproape totdeauna în Marea Britanie.

Datele epidemiologice oferă un anumit sprijin pentru susţinerea importanţei recomandării de a reduce expunerea la soare, în special în copilărie, mai ales dacă aceasta cauzează arsuri. Este cazul realizării unor programe dirijate spre persoanele care se expun episodic la lumina solară intensă — de exemplu, în vacanţe, în regiuni "fierbinţi", ca cea mediteraneană. Măsuri cum ar fi expunerea raţională la soare în jurul amiezei, căutarea umbrei, purtarea îmbrăcămintei adecvate şi a pălăriilor cu boruri largi, utilizarea ecranelor solare pot avea eficacitate practică (tabelul VI).

CREMELE ECRAN

Dacă utilitatea umbrei şi a îmbrăcămintei a fost semnalată, trebuie arătat că şi cremele ecran oferă o bună metodă de reducere a efectului nociv imediat al razelor solare. Ele pot fi eficace în prevenirea pe termen lung a cancerelor cutanate, dar este important de ştiut că aceast lucru nu a fost demonstrat cu certitudine pentru pielea umană.

Factorii protectori antisolari se bazează pe capacitatea cremelor ecran de a filtra radiaţiile ultraviolete, în special cele din gama B. Aceşti factori conferă o idee asupra timpului de expunere solară sub protecţie, comparat cu timpul de expunere solară în afara protecţiei, până la apariţia arsurilor. Astfel, utilizând factorul 8, persoana respectivă se poate expune la soare un timp de 8 ori mai mare decât cel al unei expuneri neprotejate, fără ca să apară arsuri solare.

Tabelul V indică reducerea radiaţiei B datorată factorilor protectori de mai jos.

Odată ce se ajunge la un factor în jur de 16, reducerea riscului nu mai poate creşte atât de spectaculos. Beneficiile căutării de factori protectori cu numere mai mari par a fi controbalansate de preţurile de cost şi de riscul potenţial al efectelor adverse. Acesta este un impor-

Scanned with OKEN Scanner

Tabel V. *Reducerea procentuală de către cremele ecran ce conţin următorii factori.*[3]

Numărul factorului	Procentul reducerii
2	50 %
4	75 %
8	87,5 %
16	93,75 %
32	96,88 %
64	98,44 %

tant motiv pentru care mulţi oameni găsesc cremele ecran scumpe şi de aceea sunt refractari la utilizarea lor. Este important totuşi să amintim că orice cremă ecran ar fi utilizată, ea trebuie aplicată şi reaplicată la fiecare 2 ore dacă expunerea la soare continuă.

Alegerea ecranului va depinde de tipul pielii şi de riscul de arsură solară asociat lui. Măsuri particulare necesită tipurile 1 şi 2. În general, copiii şi persoanele cu piele foarte deschisă, care au cel mai mare risc, va trebui să utilizeze creme ecran cu număr cel puţin 10, aceasta în funcţie şi de intensitatea soarelui.

Nu există încă nici o metodă standard de protecţie împotriva radiaţiei A, dar s-a dezvoltat un sistem cu stele în care, cu cât ecranul are mai multe stele, cu atât protecţia este mai mare.

Deoarece nu ştim care parte a spectrului ultraviolet este asociată melanomului, trebuie pledat pentru protecţia atât împotriva radiaţiei A, cât şi împotriva radiaţiei B.

Pot campaniile promoţionale sanitare să schimbe mentalitatea şi comportamentul în ceea ce priveşte lumina solară?

Un studiu australian "SunSmart" (derulat în ultimii trei ani), a determinat tendinţele expunerii la soare în contextul campaniei de prevenire a melanomului prin monitorizarea prevalenţei arsurilor solare şi a mentalităţilor şi comportamentului faţă de lumina solară. Campania sanitară promoţională a fost bazată pe modelul schimbărilor etapizate. Studiul a sugerat o semnificativă reducere a riscului de a dezvolta melanom în mediul urban într-o perioadă de timp destul de scurtă. Campania a realizat o expunere redusă la un factor prezumtiv de risc pentru melanom — arsura solară. Această reducere semnificativă se datorează, aşa cum s-a demonstrat, modificărilor comportamentale. În ultimii trei ani, s-au înregistrat schimbări substanţiale ale atitudinii faţă de plajă. A existat o modificare netă în perceperea susceptibilităţii cancerului cutanat şi o scădere a procentului populaţiei care nega acest risc. S-au schimbat şi atitudinile faţă de bronzare, numărul celor care nu-şi asumă riscul crescând de la 39% la 51%. A crescut semnificativ utilizarea măsurilor protectoare, cum ar fi hainele şi cremele ecran.

Deşi studiul nu a stabilit o relaţie de cauzalitate, există dovezi certe că expunerea populaţiei la arsurile solare se poate modifica destul de rapid şi că programele sanitare promoţionale pot fi eficace în această direcţie. În sfârşit, valoarea unor asemenea măsuri va fi dependentă de susţinerea modificării comportamentului. Până acum nu s-au evidenţiat beneficiile pe termen lung ale prevenţiei primare.

Măsuri aplicate în Marea Britanie pentru reducerea riscului cancerelor cutanate produse de lumina solară

Datorită creşterii rapide a frecvenţei cancerelor cutanate, în particular a melanomului

Tabel VI. ***Sfaturi pentru reducerea riscului de melanom malign***

* Expunere raţională la lumina solară
* Evitaţi soarele puternic de la mijlocul zilei (între 11 dimineaţa şi 3 după amiaza)
* Amintiţi-vă că hainele reprezintă un ecran eficace (în special cele confecţionate din ţesături fine de bumbac)
* Utilizaţi pălării de soare de preferinţă cu boruri largi
* Utilizaţi cremele ecran adaptate tipului de piele şi intensităţii razelor solare pentru a vă proteja de radiaţiile B.
* Aplicaţi cremele ecran pe toată suprafaţa corpului la fiecare 2 ore dacă expunerea la soare e continuă
* Protejaţi tot timpul copiii de lumina solară puternică. Utilizaţi un factor protector cu număr mare (>10) şi un protector adiţional împotriva radiaţiilor A.
* Evitaţi utilizarea lămpilor ultraviolete şi a bancheletor de bronzare artificială
* Recunoaşteţi că efectul solar este cumulativ şi poate induce leziuni cutanate.

malign, guvernul a inclus măsuri pentru cancerul cutanat în strategia generală de politică sanitară, intitulată „Sănătatea Naţiunii".

Acest program trebuie să focalizeze pe creşterea informării asupra factorilor de risc ai cancerului cutanat şi pe convingerea persoanelor cu risc crescut de a adopta un comportament şi măsuri protectoare adecvate.

Medicii generalişti şi asistentele medicale au un rol din ce în ce mai important în furnizarea informaţiilor exacte şi a recomandărilor practice făcute persoanelor cu risc. Aceasta se poate realiza adecvat prin furnizarea unor recomandări complete în timpul întâlnirilor programate de promovarea sănătăţii (de obicei cu asistentele medicale) şi prin discutarea modalităţilor de expunere la soare cu cei ce vor călători în ţări însorite.

Diagnosticul precoce

ÎNCURAJAREA EXAMINĂRII CUTANATE; CAMPANIILE DE EDUCAŢIE PUBLICĂ

Aşa cum s-a arătat în tabelul II, prognosticul melanomului malign este legat de diametrul tumorii. În momentul intervenţiei chirurgicale, pacienţii cu tumori de diametre mici, au rate de supravieţuire mai mari, comparativ cu cei cu tumori mai mari.

Variaţia supravieţuirii în funcţie de gradul de invazie a tumorii la momentul diagnosticului furnizează dovezi că diagnosticul precoce poate fi eficace în reducerea mortalităţii. Totuşi, beneficiul pentru diagnosticului precoce nu este demonstrat. Datele asupra reducerii mortalităţii datorate melanomului, ca urmare a diagnosticului precoce, sunt echivoce.

Principalul motiv al diagnosticului tardiv îl reprezintă întârzierea prezentării pacientului cu leziunea suspectă la medic, cel mai adesea datorită lipsei cunoştinţelor asupra seriozităţii bolii. Totuşi, apar diagnostice tardive şi din partea doctorilor, datorită ratării diagnosticului iniţial. Campaniile de reducere a diagnosticelor tardive prin combinarea educării publice cu cea profesională au fost raportate de mai multe centre din toată lumea. Aceste programe au fost realizate astfel încât să încurajeze 1) recu-

Scanned with OKEN Scanner

Tabel VII. *Scopurile şi direcţiile de acţiune ale strategiei "Sănătatea Naţiunii" pentru cancerul cutanat*

Scopuri.
* Să oprească creşterea anuală a incidenţei cancerului cutanat până în 2005.

Direcţii de acţiune.
* creşterea numărului persoanelor informate asupra factorilor proprii de risc pentru cancerul cutanat, în lumina cercetărilor actuale.
* convingerea persoanelor cu risc înalt să evite expunerea excesivă la soare şi la surse artificiale de ultraviolete, pentru ei şi copiii lor prin adoptarea unui comportament adecvat şi a măsurilor protectoare.
* asigurarea schimbării atitudinii persoanelor faţă de plajă.

La baza acestor acţiuni trebuie să fie principiul că prevenţia este la fel de importantă ca şi tratamentul.

noaşterea semnelor incipiente ale melanomului, 2) autoexaminarea cutanată, 3) adresarea rapidă la medic în cazul unor leziuni suspecte, ce necesită un consult medical adecvat.

Asemenea iniţiative necesită o colaborare multidisciplinară între generalişti, dermatologi, anatomo-patologi şi inspectori sanitari. Efectele campaniei de reducere a incidenţei melanomului malign au fost uneori încurajatoare, iar alteori au avut o eficacitate mai mică.

În Marea Britanie au fost făcute două studii bazate pe campaniile de educaţie publică pentru a determina valoarea diagnosticului precoce (unul în Scoţia de Vest, celălalt în 7 centre din Anglia) sponsorizate de către Campania de Cercetare a Cancerului. În aceste studii, educaţia sanitară asupra semnelor melanomului a fost dirijată asupra unui eşantion populaţional de peste 5 milioane de oameni, fiind asigurată, de asemenea, şi pregătirea medicilor generalişti. Persoanele cu leziuni suspecte au fost încurajate să se prezinte la medicul de medicină generală, care îi putea dirija direct către o clinică dermatologică. Efectul acestor campanii de reducere a incidenţei melanoamelor în stadii avansate şi a mortalităţii generale este încă în curs de evaluare. Rezultatele preliminare din Scoţia de Vest indică unele beneficii posibile la femei, dar nu încă şi la bărbaţi.

Studiile „Campaniei de Cercetare a Cancerului" au demonstrat că impactul campaniei asupra medicilor generalişti a avut rezultate bune. Deşi serviciile de dermatologie şi patologie au muncit din greu, ambele studii au concluzionat că medicii generalişti au jucat un rol important în menţinerea unui procent rezonabil de trimiteri pentru diagnostic de cancer cutanat melanom sau non-melanom.

Este important de notat că aceste campanii legate în mod specific de programele educaţionale publice au fost susţinute printr-o pregătire adecvată a medicilor generalişti şi printr-un serviciu de internări prompt. Campaniile nu au fost legate de screening-ul populaţional, fiind greşită raportarea lor la screening.

ÎMBUNĂTĂŢIREA TRATAMENTULUI LEZIUNILOR SUSPECTE ÎN MEDICINĂ GENERALĂ

Este important ca toţi medicii generalişti să cunoască caracteristicile clinice ale melanomului malign incipient şi să le diferenţieze de cele ale leziunilor benigne, dacă se vrea ca aceste programele de educaţie publică să fie eficace. Doctorii trebuie să fie capabili să evalueze leziunile pigmentate şi, când necesitatea o impune, să aibă posibilitatea de a solicita rapid opinia unui specialist. Ei trebuie să aibă încredere în capacitatea lor de a recunoaşte leziuni ce nu necesită internare. Puţine studii s-au ocupat cu acurateţea deciziilor medicului generalist asupra leziunilor pigmentare şi nu există studii care să evalueze dacă perfecţionarea asistenţei medicale generale va conduce la îmbunătăţirea diagnosticului.

Pentru leziunile suspecte, trebuie luată în considerare utilizarea unor criterii de diagnostic. Campania din Scoţia de Vest a arătat că medicii generalişti triau pacienţii cu eficacitate, utilizând cele şapte criterii MacKie. În alte părţi unde nu s-au folosit aceste criterii, dermatologii aveau rezerve asupra utilizării lor şi susţineau că ele nu sunt suficient de specifice pentru a discrimina leziunile benigne de cele maligne şi nu reduc rata internărilor pentru leziunile evident benigne. Prin revizuirea scorului MacKie, prin care cele 7 criterii au fost împărţite în criterii majore şi criterii minore, se merge pe drumul rezolvării problemelor ce au apărut în utilizarea acestui scor.

Mulţi medici generalişti utilizează acum parametrii scorului MacKie de mai jos pentru a-şi susţine decizia de trimitere la spital. Informarea publică a crescut dramatic numărul pacienţilor cu leziuni pigmentare care s-au prezentat spre examinare la medicul generalist; majoritatea s-au dovedit ulterior a avea leziuni benigne. Deoarece consecinţele eludării unui diagnostic sunt serioase, mulţi medici generalişti vor trimite aceşti pacienţi la clinicile de specialitate. Acest lucru nu diminuează însă importanţa scorului, deoarece scopul primar este de a avea o mare sensibilitate în detecţia melanomului; specificitatea acestor criterii are o importanţă secundară. Un studiu recent în Leicestershire a confirmat sensibilitatea acestui scor în detectarea melanomului malign.

Criteriile MacKie pentru suspectarea melanomului malign
* Semne majore:
  - modificarea dimensiunilor
  - modificarea formei
  - modificarea culorii
* Semne minore:
  - inflamaţia
  - cruste şi sângerări
  - modificări ale sensibilităţii
  - diametru >7 mm
* 1 semn major — internarea rapidă;
* prezenţa adiţională a 1 sau mai multor semne minore — susceptibilitate crescută de melanom;
* 3 sau 4 semne minore fără semne majore — trimiterea la spital.

Scanned with OKEN Scanner

Studii realizate la Manchester şi Glasgow au demonstrat rolul medicilor generalişti în extirparea leziunilor pigmentate, inclusiv a melanomului malign. Totuşi, există probe ce pledează pentru o instruire mai amănunţită a medicului generalist care trebuie să asigure realizarea unei excizii complete, trimiterea pieselor de exereză la analiza anatomo-patologică şi integrarea rezultatelor histopatologice în decizia de internare.

SCREENING-UL ÎN POPULAŢIA GENERALĂ PRIN INTERMEDIUL PERSONALULUI SANITAR

Nu se recomandă utilizarea examenului cutanat în populaţia generală ca test screening, deoarece validitatea lui şi amploarea efectelor adverse (cum ar fi biopsiile inutile sau frica) nu sunt cunoscute. Nu există cercetări care să evalueze costurile. Munca suplimentara pe care o necesită aceste examene cutanate este însă substanţială. În Noua Zeelandă s-a estimat că, dacă medicii generalişti vor realiza examene cutanate complete, restrânse însă doar la categoria de vîrstă cuprinsă între 35 şi 64 de ani, vor fi nevoiţi să-şi aloce anual 5% din timpul activităţii lor clinice numai pentru această procedură.

Concluzii

În Marea Britanie, importanţa melanomului malign a crescut datorită măririi numărului persoanelor la care a apărut şi au murit din această cauză; de de aici derivă şi necesitatea informării publice în privinţa melanomului malign. În 1987, statisticile au arătat că 20% din persoane ştiau că melanomul malign e un cancer cutanat. În 1992, procentul a crescut la 45%, cei mai puţin informaţi fiind bărbaţii, tinerii sub 25 de ani, bătrânii, cei ce trăiesc izolat şi persoanele din medii socio-economice precare.

Lumina solară este principalul factor etiologic asociat melanomului. Personalul de medicină generală are un rol important în a furniza informaţii persoanelor cu risc crescut de a face cancer cutanat şi recomandări asupra expunerii la soare şi a mijloacelor protectoare existente. De asemenea, medicii generalişti trebuie să asigure un diagnostic rapid al leziunilor maligne şi o dirijare promptă a leziunilor suspecte către clinicile de specialitate.

Rămân neschimbate însă probleme cruciale în ceea ce priveşte metodele cele mai eficace şi valoarea screeening-ului pentru melanom. Screening-ul medical şi autoexaminarea sunt actualmente promovate în multe părţi ale lumii, fără a exista însă informaţii asupra validităţii şi utilităţii lor.

Un asemenea program se justifică numai dacă screening-ul produce o creştere apreciabilă a ratei diagnosticului precoce, conducând astfel la rezultate promiţătoare în reducerea morbidităţii. Mai mult, aceasta trebuie făcută fără a determina o creştere excesivă a cancerofobiei şi a morbidităţii şi fără a depăşi atribuţiile medicale. De aceea, ca orice alt tip de screening, acesta trebuie privit ca o procedură experimentală cu beneficiile şi riscurile de rigoare asociate. Până nu apar dovezi evidente că diagnosticul precoce reduce morbiditatea datorată melanomului, promovarea programului de detecţie precoce va fi inoportună şi nu va reuşi să ajungă la toate categoriile de risc. Astfel, actualmente, accentul trebuie pus pe profilaxia primară a cancerului cutanat.

Mulţumesc Dr. Jane Melia pentru comentariile consecutive făcute pe marginea acestui articol.

Traducere: Sabina ANTONIU

1 MacKie RM. *Malignant melanoma: a guide to early diagnosis.* Glasgow, 1989.
2 Cancer Research Campaign. *Factsheet 4: Malignant melanoma.* London: CRC, 1989.
3 Sober A. Structural change. In: Marks R, Hill D, eds. *The public Health approach to melanoma control: prevention and early detection.* Geneva: International Union Against Cancer, 1992:108-17.
4 Secretary of State for Health. *Health of the nation: a strategy for health in England.* London: HMSO, 1992 (CM 1986).

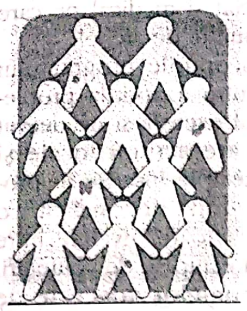
Bibliografie adiţională selectivă

Cancer Research Campaign. Malignant melanoma factsheet. London: CRC, 1993.
Cancer Research Campaign. *Skin cancer, the sun and you. Your questions answered.* London: CRC, 1991.
Cancer Research Campaign. Playsafe in the sun: skin cancer and sun awareness. London: CRC, 1993.
Doherty V, MacKie RM. Experience of a public education programme on early detection of cutaneous melanoma. *BMJ* 1988;**297**:388-91.
Du Vivier AWP, Williams HC, Brett SV, Higgins EM. How do malignant melanomas present and does this correlate with the 7-point check list? *Clin Exp Dermatol* 1991;**16**:344-7.
Elwood JM. Melanoma and ultraviolet radiation. *Clin Dermatol* 1992;**10**:41-50.
Elwood JM. Screening for melanoma and options for its evaluation. *Journal of medical Screening* 1994;**1**:22-38.
Graham-Brown RAC, Osborne JE, London SP, Fletcher A, Shaw D, Williams B, et al. The initial effects on workload and outcome of a public education campaign on early diagnosis and treatment of malignant melanoma in Leicestershire. *Br J Dermatol* 1990;**122**:53-9.
Healsmith MF, Bourke JF, Osborne JE, Graham-Browne RAC. An evaluation of the revised seven-point checklist for the early diagnosis of cutaneous malignant melanoma. *Br J Dermatol* 1994;**130**:48-50.
Herd RM, Hunter JAA, McLaren KM, Chetty U, Watson ACH, Gollock JM. Excision biopsy of malignant melanoma by general practitioners in south east Scotland 1982-91. *BMJ* 1992;**305**:1476-8.
Higgins EM, Hall P, Todd P, Murthy R, Du Vivier AWP. The aplication of the seven-point checklist in the assessment of benign pigmented lesions. *Clin Exp Dermatol* 1992;**17**:313-5.
Hill D, White V, Marks R, Borland R. Changes in sun-related attitudes and behaviours, and reduced sunburn prevalence in a population at high risk of melanoma. *European Journal of Cancer Prevention* 1993;**2**:447-56.
Hill D, White V, Marks R, Borland R, Roy C. Melanoma prevention: behavioural and non-behavioural factors in sunburn among an Australian urban population. *Prev Med* 1992;**21**:654-69.
Jarrett P, Sharp C, McLelland J. Protection of children by their mothers against sunburn. *BMJ* 1993;**306**:1448.
Keefe M, Dick D, Wakeel R. A study of the predictive value of the 7-point check list in distinguishing benign pigmeted lesions from melanoma. *Clin Exp Dermatol* 1990;**15**:167-71.
Koh H. The conceptual basis of screening and case finding in the early diagnosis of melanoma. In: Marks R, Hil D, eds. *The public health approach to melanoma control: prevention and early detection.* Geneva: International Union Against Cancer, 1992,58-71.
Koh HK, Miller DR, Geller AC, Lew RA, Rampen FHJ. Screening for melanoma and others skin cancers. *Clin Dermatol* 1992;**10**:97-103.
MacKie RM. Clinical recognition of early invasive malignant melanoma. *BMJ* 1990;**301**:1005-6.
MacKie RM. Public and professional education exercises on melanoma. *Clin Dermatol* 1992;**10**:91-6.
MacKie RM, Hole D. Audit of public education campaign to encourge earlier detection of malignant melanoma. BMJ 1992;304:1012-5.
MacKie RM. Skin cancer: how to spot patients at risk. *Monitor Weekly* 1993 Apr 21:47-50.
Marks R, Whiteman D. Sunburn and melanoma: how strong is the evidence? *BMJ* 1994;**308**:75-6.
Marks R, Hill D, eds. *The public health approach to melanoma control: prevention and early decision.* Geneva: International Union Against Cancer, 1992.
Melia J, Ellman R, Chamberlain J. Preventing melanoma. *BMJ* 1993;**307**:737-8.
Whitehead SM, Wroughton MA, Elwood JM, Davison J, Stewart M. Effects of a health education campaign for earlier diagnosis of melanoma. *Br J Cancer* 1989;**60**:421-5.
Melia J, Ellman R, Chamberlain J. Meeting the Health of the Nation target for skin cancer: problems with tackling prevention and monitoring trends. *J Public Health Med* 1994;**16**:225-32.

Scanned with OKEN Scanner

Reducerea consumului de alcool

Joan Austoker



În procesul de carcinogeneză, alcoolul are o importanţă secundară numai după fumat. Riscul asociat consumului excesiv de alcool se poate reduce prin adaptarea unor programe naţionale şi regionale (locale). Aceste măsuri urmăresc diminuarea aportului de alcool în populaţia generală şi se adresează în special băutorilor moderaţi. La baza acestor programe stă faptul că mortalitatea şi morbiditatea datorate alcoolului în populaţia generală afectează consumatorii medii chiar dacă ei au un risc individual scăzut. Strategiile de acest tip trebuie completate cu măsuri îndreptate către persoanele cu risc crescut. Mai multe studii au demonstrat eficacitatea unor scurte consultaţii ale medicilor generalişti acordate pacienţilor cu un consum de alcool excesiv în antecedente. Aceste scurte consultaţii, cu durată cuprinsă între 5 şi 10 minute, utilizează metode simple de identificare şi evaluare a persoanelor cu risc şi permit, totodată, furnizarea de informaţii şi recomandări pacienţilor. Există însă dovezi care arată că medicii generalişti nu utilizează suficient aceste facilităţi de identificare şi informare a pacienţilor cu consum excesiv de alcool.

Consumul de alcool este asociat cu o mortalitate şi morbiditate crescute datorită creşterii riscului de a face hipertensiune arterială, accidente vasculare cerebrale, ciroză hepatică, unele cancere şi datorită riscului de a deceda ca urmare a unor accidente rutiere. Relaţia dintre alcool şi afecţiunile cardiace este complexă. Studii recente au arătat că bărbaţii care consumă mai mult de 30 de unităţi de alcool pe săptămână* sunt mai puţin susceptibili de a dezvolta boala coronariană decât nebăutorii.

Totuşi, orice efect protector faţă de boala coronariană este probabil rapid contrabalansat, chiar şi pentru consumuri de alcool destul de joase, de mortalitatea şi morbiditatea datorate cauzelor de mai sus. Consumul de alcool produce anual numai în Anglia şi Tara Galilor aproximativ 28.000 de decese. Se estimează că, datorită absenteismului legat de băutură, se pierd anual 8 milioane de zile lucrătoare.

Tabel I. *Cancere produse de către ingestia de alcool*

	Cancer
Sigur	Cavitate bucală
	Faringe
	Laringe
	Esofag
	Ficat
Posibil	Sân
	Rect (numai prin consum de bere)

Alcoolul şi cancerul

Faţă de fumat, alcoolul ocupă locul doi în ceea ce priveşte producerea cancerului. 3% din decesele anuale datorate cancerelor (4300) sunt corelate cu un consum excesiv de alcool. În asociere cu fumatul, alcoolul poate fi răspunzător în unele ţări de aproximativ 10% din decesele prin cancer. Observaţiile că riscul de a face mai multe tipuri de cancer creşte direct proporţional cu cantitatea totală de alcool ingerată, că băutorii se expun la un risc în cursul vieţii de 10 ori mai mare de a dezvolta cancer, că profesia este un factor de risc adăugat consumului excesiv, că riscurile sunt scăzute la grupurile sociale care condamnă alcoolul şi la ex-băutori sunt dovezi incontestabile că alcoolul este un cancerigen pentru rasa umană.

Pentru unele tipuri de cancer s-a putut demonstra o relaţie doză-efect. Tabelul I prezintă câteva tipuri de cancere parţiale cauzate de ingestia de alcool.

Există probe certe că alcoolul acţionează sinergic cu fumatul. Studii ale neoplaziilor bucale, faringiene şi esofagiene au arătat că alcoolul şi fumatul au efect cumulativ, astfel încât persoanele care fumează şi beau mult au riscuri mai mari, comparativ cu cei care nici nu fumează nici nu beau.

La efectele cancerigene ale alcoolului pot fi, de asemenea, asociate şi efectele sinergice ale malnutriţiei. Pentru aceste cancere, cel mai mare risc îl au marii alcoolici care au şi un aport scăzut de fructe şi legume. Riscul asociat de a dezvolta cancer la băutorii medii şi nefumători este deci cel mai mic.

Consumul de alcool

Riscul general al problemelor legate de alcool creşte odată cu mărirea consumului. Tabelul III oferă un indiciu al nivelelor de risc globale, în funcţie de numărul de unităţi de alcool consumate săptămânal. Persoanele care consumă alcool peste limitele recomandate (>21 unităţi/săptămână pentru bărbaţi şi >14 unităţi/săptămână — femei) sunt denumiţi băutori cu risc potenţial, dacă indigestia alcoolului nu le creează probleme şi băutori periculoşi, dacă aceste probleme apar.

Tabel II. *Riscurile relative de a dezvolta cancer bucal sau faringian la bărbaţii fumători şi băutori*

Statusul tabagic	Numărul de unităţi alcool consumat pe săptămînă*				
	<1	1-4	5-14	15-29	30
Nefumători	1,0	1,3	1,6	1,4	5,8
Ex-fumători	0,7	2,2	1,4	3,2	6,4
Fumători nr. ţigări/zi timp de 20 ani					
1-19	1,7	1,5	2,7	5,4	7,9
10-39	1,9	2,4	4,4	7,2	23,8
≥40	7,4	0,7	4,4	20,2	37,7

* Standardul Statelor Unite reprezintă de 1,5 ori standardul din Marea Britanie. De aceea riscul maxim la 30 Unităţi/zi US = 45 unităţi/zi Marea Britanie sau 22,5 halbe (13 litri) de bere.

Tabel III. *Consumul de alcool la bărbaţi şi femei - riscul problemelor sociale şi de sănătate (adaptat după programul de strategie sanitară "Sănătatea Naţiunii")*

Aportul de alcool (unităţi/săptămână)	Riscul problemelor
Bărbaţi 0-21 Femei 0-14	Scăzut
Bărbaţi 22-50 Femei 15-35	Crescător, particular la fumători
Bărbaţi > 50 Femei > 35	Crescut (sigur periculos) Foarte mare la fumători

Cancer Research Campaign Primary Care Education Research Group, Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford, Oxford OX2 6PE
Joan Austoker, *director*

BMJ 1994;308:1549-52

Scanned with OKEN Scanner

În Marea Britanie consumul de alcool s-a dublat între anii '50 şi '70, după care a scăzut uşor şi se situează în jurul cifrei de 9 litri de alcool/an pentru fiecare persoană cu o vârstă de, sau mai mare de 15 ani. În acelaşi timp preţul băuturilor alcoolice a scăzut foarte mult, având cam jumătate din valoarea pe care o avea în anii '50.

În 1992, bărbaţii peste 18 ani consumau în Marea Britanie o cantitate de 15,9 unităţi de alcool săptămânal (cam 8 halbe de bere conform echivalenţei), reprezentând de 3 ori mai mult decât femeile (5,4 unităţi/săptămână în total);. 27% din bărbaţi şi 11% din femei depăşesc valorile recomandate ale consumului de alcool şi 6% din bărbaţi şi 2% din femei consumă peste 50 unităţi săptămânal. Adulţii tineri beau cel mai mult — 38% din bărbaţii şi 18% din femeile între 18-24 ani beau peste limitele recomandate. Tipurile de băutură variază considerabil în populaţie, din raţiuni culturale de exemplu. Consumul de alcool este maxim printre adulţii tineri.

Strategii de promovare a consumului moderat şi de reducere a abuzului de alcool

Există mai multe măsuri de reducere în populaţia generală a problemelor cauzate de alcool. Pentru persoanele cu risc crescut, aceste măsuri privesc identificarea lor şi ajutarea celor puţini, care au probleme speciale prin descoperirea factorilor de risc sau prin modificarea comportamentului lor. Pe de altă parte, programul public este direcţionat şi spre reducerea consumului de alcool în populaţia generală, care conţine mulţi băutori moderaţi.

La baza acestui program stă faptul că, mortalitatea şi morbiditatea atribuite alcoolului în populaţia generală, afectează consumatori moderaţi, chiar dacă, individual, ei au un risc mai scăzut. Aceste două programe nu sunt incompatibile, demonstrându-se că media populaţiei consumatoare reflectă rata prevalenţei consumului crescut de alcool. Astfel, scăderea consumului mediu de alcool poate conduce la o scădere corespunzătoare a numărului mare de băutori. Consumul de alcool în populaţie poate fi redus prin creşterea taxelor pe băuturile alcoolice, prin controale oficiale şi campanii de combatere a alcoolismului la volan, strategii de medicină ocupaţională la locul de muncă, limitarea şi controlarea legislaţiei licenţelor de distribuire a alcoolului. Programele naţionale trebuie susţinute prin acţiuni locale eficiente.

Orice program de reducere a consumului de alcool va trebui să admită consumul de alcool ca un obicei secular, acesta fiind agreat de multe persoane. Problemele-cheie constau în imaginarea unei strategii care să ia în mod real în considerare factorii sanitari, economici, sociali şi culturali şi în convingerea populaţiei asupra noului câştig social şi medical pe care îl aduce scăderea consumului de alcool.

Tabelul IV prezintă scopurile programului „Sănătatea Naţiunii". Pentru a aborda problemele legate de consumul excesiv şi neadecvat de alcool vor fi necesare acţiuni locale şi naţionale concertate. Măsurile înscrise în programul "Sănătatea Naţiunii" necesită atît o colaborare nemijlocită la toate nivelele între unităţile sanitare, şcoli şi echipele de voluntari, cât şi asigurarea materialelor adecvate de educaţie sanitară.

Deşi programele populaţionale realizează probabil cel mai bun efect general, măsuri de mare beneficiu pentru populaţie reprezintă puţin pe plan individual, putând să nu ofere o motivaţie solidă pentru reducerea consumului de alcool.

Tabel IV. ***Scopurile programului „Sănătatea Naţiunii" pentru consumul de alcool***

Reducerea proporţiei consumatorilor masculini de peste 21 unităţi alcool pe săptămână de la 28% în 1990 la 18% în 2005 şi a celor feminini de la 11% în 1990 la 7% în 2005.

Tabel V. ***Aportul de alcool la bărbaţi şi femei şi recomandarea intervenţiei active***

Aportul de alcool unităţi/săptămână	Intervenţia
Bărbaţi 0-21 Femei 0-14	nu e necesară - sunt limite rezonabile pentru majoritatea adulţilor;
Bărbaţi 22-35 Femei 15-21	ţineţi pacienţii sub observaţie;
Bărbaţi > 35 Femei > 21	recomandaţi micşorarea consumului de alcool şi implementaţi o strategie de reducere a acestuia

(după Anderson)

De aceea, este necesară o strategie individualizată pentru persoanele cu risc major, bazată pe sprijinul echipei de medicină generală, care să o completeze pe cea naţională. Asistenţa medicală primară oferă oportunitatea în identificarea marilor alcoolici şi a convingerii lor de a-şi reduce consumul. Marii băutori consultă medicul generalist de două ori mai frecvent decât băutorii moderaţi, facilitând echipei medicale supravegherea persoanelor cu riscul cel mai mare.

Echipele de medicină generală sunt încurajate să identifice amplasarea iniţiativelor promoţionale în cadrul programului naţional „Sănătatea Naţiunii" şi să ajute la realizarea lor.

În noul program sanitar promoţional este prevăzută şi necesitatea medicilor generalişti de a se informa asupra consumului de alcool, de a-şi supraveghea pacienţii şi de a face recomandări pentru stilul de viaţă.

Tabelul V punctează nivelele consumului de alcool care necesită intervenţia medicului generalist.

Traducere: Sabina ANTONIU

Scanned with OKEN Scanner

Durerea în etajul abdominal superior la o femeie însărcinată poate sugera şi preeclampsie

Cristopher Barry, Robert Fox, Gordon Stirrat

Tuturor gravidelor cu durere în etajul abdominal superior trebuie efectuate teste pentru preeclampsie

Preeclampsia este una dintre primele cauze de morbiditate şi mortalitate maternă şi perinatală. Sindromul este foarte variabil, iar tabloul clinic este adeseori atipic. Prezentăm cazurile a trei gravide, care au prezentat durere epigastrică drept prim simptom al bolii şi la care diagnosticul de preeclampsie a fost iniţial omis.

Cazuri clinice

CAZUL 1

O gravidă în vârstă de 28 ani, primigestă, s-a prezentat la medicul generalist în a 34-a săptămână de gestaţie pentru dureri la nivelul hipocondrului drept, greţuri şi vărsături. Diagnosticul prezumtiv a fost esofagită de reflux, pentru care s-a prescris un antiacid. Tensiunea arterială nu a fost măsurată şi nu s-a realizat dozarea proteinelor în urină. Deoarece simptomele au persistat, cinci zile mai târziu pacienta s-a internat în Clinica de Obstetrică. La internare, tensiunea arterială a fost de 140/80 mm Hg, iar examenul urinii a evidenţiat proteinurie (2+). Pacienta prezenta sensibilitate crescută la nivelul hipocondrului drept. Investigaţiile suplimentare au evidenţiat trombocitopenie ($56x10^9$/l) şi creşterea concentraţiei serice a aspartat aminotransferazei (225 U/l) şi a acidului uric (0,37 mmol/l). Concentraţiile hemoglobinei, ureei, fosfatazei alcaline şi albuminei se încadrau în limitele normale. Nu s-au evidenţiat semne de hemoliză, iar timpul standard de coagulare nu era prelungit. La examenul microscopic al urinii, din jetul mijlociu nu s-au evidenţiat leucocite sau hematii. A fost stabilit diagnosticul de preeclampsie cu concentraţie crescută a enzimelor hepatice şi număr scăzut de trombocite. Deoarece colul uterin nu era dilatat, s-a practicat operaţia cezariană; nou-născutul a cântărit 2.100 g şi a necesitat resuscitare minimă. Pacienta s-a vindecat în 72 de ore, cu monitorizare continuă şi terapie de susţinere, iar tensiunea arterială, concentraţia aspartat aminotransferazei şi numărul trombocitelor au revenit la normal.

CAZUL 2

O gravidă în vârstă de 26 ani a prezentat dureri epigastrice în a 36-a săptămână de gestaţie a primei sarcini. Medicul generalist a diagnosticat dispepsie şi i-a prescris un antiacid. Măsurarea tensiunii arteriale şi examenul urinii nu au fost efectuate. Durerea a persistat şi, două zile mai târziu, la consultaţia prenatală de rutină s-au descoperit hipertensiune (135/105 mmHg) şi proteinurie (2+). Investigaţiile au evidenţiat trombocitopenie moderată ($78X10^9$/l) şi concentraţii serice crescute ale aspartat aminotransferazei (142U/l) şi acidului uric (0,41 mmol/l). Timpul de coagulare standard a fost normal şi nu s-au evidenţiat semne de hemoliză. Fătul a fost dezvoltat normal şi a prezentat un ritm cardiac de tip reactiv.

S-a încercat declanşarea naşterii cu dinoprostin gel (2mg, două doze, la 6 ore; Prostin E2 gel, Upjohn). După 12 ore naşterea nu s-a declanşat, iar numărul trombocitelor a scăzut la $39x10^9$/l. A fost realizată operaţia cezariană sub anestezie generală şi s-a administrat o transfuzie cu trombocite. S-a născut, în condiţii excelente, o fetiţă cu greutatea de 2.300 g. Numărul trombocitelor a crescut constant la $120x10^9$/l şi nivelul enzimelor hepatice s-a normalizat în 48 ore de la naştere. Valoarea tensiunii arteriale s-a stabilizat în a cincea zi.

CAZUL 3

O gravidă în vârstă de 27 ani, doi-gestă, a prezentat dureri epigastrice în a 22-a săptămână de gestaţie, iar în a 18-a săptămână de gestaţie a primei sarcini a prezentat avort spontan. Examenul urinii a evidenţiat proteinurie (1+), dar tensiunea arterială nu a fost măsurată. Medicul generalist a stabilit diagnosticul de infecţie a căilor urinare şi i-a prescris un antibiotic. Patru zile mai târziu a prezentat o hemoragie moderată (500 ml), motiv pentru care a fost internată. În momentul internării hemoragia era oprită. Uterul era moale şi lipsit de sensibilitate, dar pacienta prezenta sensibilitate în hipocondrul drept. Tensiunea arterială era 160/110 mmHg, iar examenul urinii era pozitiv pentru proteinurie (3+). Investigaţii suplimentare au evidenţiat o concentraţie serică a transaminazei glutamic-oxalacetica moderat crescută (84U/l) şi trombocitopenie ($91x10^9$/l). Albuminemia era scăzută, dar nu existau semne de hemoliză sau coagulare intravasculară diseminată. Examenul microscopic al urinii a fost normal. Reactivitatea cordului fetal a fost normală, dar ecografia a evidenţiat întârziere în creştere simetrică şi oligohidramios. Examenul Doppler al sângelui din artera ombilicală a dovedit inversarea fluxului diastolic. S-a încercat scăderea tensiunii arteriale cu metildopa (500 mg x3/zi) şi nifedipină (10 mg x3/zi; Bayer), dar fără succes. Repetarea examenului sângelui a confirmat rezultatele iniţiale. S-a considerat declanşarea naşterii necesară pentru a preveni complicaţiile materne severe şi, având în vedere prematuritatea fetală extremă, naşterea a fost

University Department of Obstetrics and Gynaecology, St Michael's Hospital, Bristol BS2 8EG
Christopher Barry, *obstetric registrar*
Robert Fox, *lecturer senior registrar*
Gordon Stirrat, *professor*

Corespondenţa la:
Dr Fox

Upper abdominal pain in pregnancy may indicate pre-eclampsia

BMJ 1994;308:1562-3

Scanned with OKEN Scanner

indusă cu prostaglandină E2 pesar (2,5mg; preparat propriu). Fătul a decedat la scurt timp după declanşarea contracţiilor uterine. Fătul normal conformat, cu greutatea de 450 g a fost expulzat spontan 12 ore mai târziu. Pacienta s-a vindecat rapid şi a fost externată trei zile mai târziu.

Discuţii

Preeclampsia este o afectare progresivă a funcţiei endoteliale caracteristică sarcinii şi determinată probabil de afecţiuni microvasculare variate1.

Ea apare la nivelul placentei, dar poate afecta toate sistemele mari ale organismului, inclusiv sistemele cerebral, renal, hepatic şi pulmonar. Deşi majoritatea cazurilor de preeclampsie sunt diagnosticate prin screeningul de rutină al gravidelor asimptomatice care urmează consultaţia prenatală, tabloul clinic este foarte variabil şi doar o mică proporţie de femei prezintăsimptomele complicaţiilor sistemice: cefalee, tulburări vizuale şi eclampsie. Preeclampsia, complicată cu creşterea concentraţiei serice a enzimelor hepatice şi scăderea numărului trombocitelor cu sau fără hemoliză, este cel puţin la fel de frecventă ca eclampsia şi adeseori mai dificil de tratat,[1] dar este mai greu recunoscută.[3] Numeroşi autori au raportat rate crescute ale afectării materne şi perinatale precum ruptura hepatică, insuficienţa renală, edem pulmonar, ruptură placentară şi asfixie perinatală.[2,4-6] Diagnosticul precoce şi tratamentul eficient sunt deci esenţiale pentru prevenirea complicaţiilor care ameninţă viaţa. Deşi evoluţia clinică a preeclampsiei este de obicei lentă, desfăşurându-se pe durata a câtorva zile, uneori săptămîni, agravarea rapidă se poate produce şi determină uneori insuficienţă multisistemică în decursul a câtorva ore.[7] Monitorizarea completă şi tratamentul de susţinere pot reduce riscul complicaţiilor, dar, în ultimă instanţă, singura posibilitate de control a situaţiei este expulzia fătului (şi a placentei). Recunoaşterea de la început a cazurilor cu evoluţie fulminantă asigură un timp maxim de evaluare şi stabilizare înainte de naştere, incluzând creşterea maturităţii plămânului fetal cu corticosteroizi exogeni,[8] şi transferul într-o secţie de terapie intensivă maternă şi neonatală echipată adecvat.

Cele trei cazuri clinice confirmă faptul că durerea epigastrică este adesea un simptom grav în decursul sarcinii. Ele subliniază că tensiunea arterială trebuie măsurată şi examenul urinii pentru protenurie trebuie efectuat la toate gravidele care prezintă dureri în etajul abdominal superior după a 20-a săptămână de gestaţie. Cazurile de preeclampsie complicată cu concentraţii crescute ale enzimelor hepatice şi trombocitopenie, cu sau fără hemoliză, se pot prezenta iniţial ca normotensive şi aproteinurice.[9,10] De aceea, măsurarea tensiunii arteriale şi examenul urinii nu pot fi baza excluderii diagnosticului de preeclampsie. Recunoscând că agravarea stării clinice poate fi rapidă, gravidele care prezintă durere şi sensibilitate la nivelul etajului abdominal superior trebuie internate imediat şi testate pentru disfuncţie hepatică, hemoliză şi trombocitopenie.

Mulţumim d-lui P.Niven pentru permisiunea de a publica două dintre aceste cazuri.

Traducere: Teodora SOLOMON

1 Roberts Jm, Redman CWG. Pre-eclampsia: more than pregnancy-induced hypertension. *Lancet* 1993;**342**: 1447-51.
2 Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertensoin in pregnacy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;**142**:159-67.
3 Lim BH, Barry CL, Brown GH. HELLŞP syndrome: an often unrecognised complication of pre-eclampsia. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1991;**31**:27-8.
4 Mackenna J, Dover NL, Brame RG. Pre-eclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets-an obstetric emergency? *Obstet Gynecol* 1986;**62**:751-4.
5 Sibai BM, Taslimi MM, El-Nazer A, Amon E, Mabie BC, Ryan GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe pre-eclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986;**155**:501-9.
6 van Dam PA, Renier M, Baekelandt M, Buytaert P, Uyttenbroeck F. Disseminated intravascular coagulation and the syndrom of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe pre-eclampsia. *Obstet Gynecol* 1989;**73**:97-102.
7 Martin JN Jr, Blake PE, Perry KG Jr. The natural history of HELLP syndrome: patterns of disease progression and regression. *Am J Obstet Gynecol* 1991;**164**:1500-13.
8 Lamont RF, Dunlop PDM, Levene MI, Elder MG. Use of glucocorticoids in pregnancies complicated by severe hypertension and proteinuria. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;**90**:199-202.
9 Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes. and low platelets): Much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990;**162**:311-6.
10 Aarnoudse JG, Houthoff HJ, Weits J, Vellenga HJ. A syndrome of liver damage and intravascular coagulation in the last trimester of normotensive pregnacy. A clinical and histopathological study. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;**93**:145-55.

Cataractă bilaterală şi glaucom determinate de administrarea îndelungată a instilaţiilor oculare cu corticosteroizi

Jeremy M Butcher, Michael Austin, James McGalliard, Robert D Bourke

Orice pacient care primeşte corticosteroizi intraocular timp îndelungat trebuie consultat de către un oftalmolog

Chiar şi cele mai scurte cure de instilaţii oculare cu corticosteroizi necesită trimitere la un oftalmolog. Efectele secundare ale tratamentelor oculare locale cu steroizi sunt binecunoscute şi includ glaucomul, cataracte, accentuarea infecţiilor corneene şi efecte sistemice secundare absorbţiei sistemice.[1,2] Studiile anterioare au subliniat reactivitatea potenţială sau exacerbarea keratitei herpetice, împreună cu riscul crescut pentru alte infecţii.[3,4] Prezentăm un caz de glaucom şi cataractă (cu pierderea ireversibilă a vederii) determinat de administrarea prelungită, nesupravegheată de instilaţii oculare cu steroizi.

Caz clinic

O femeie în vârstă de 47 de ani s-a prezentat la Clinica de urgenţe şi accidente pentru ochi iritabil cronic, chalazion al pleoapei superioare a ochiului drept şi scăderea acuităţii vizuale în ultimele trei luni. Anamneza a precizat ambliopie stângă şi un episod de uveită anterioară acută în urmă cu câţiva ani. Uveita a fost tratată cu steroizi topici, timp de patru săptămâni la Spitalul de

Scanned with OKEN Scanner

Oftalmologie St.Paul. Singurul antecedent medical important a fost hipotiroidia.

La examinare, cea mai bună acuitate vizuală corectată a fost 6/36 pentru ochiul drept şi 6/36 pentru ochiul stîng (anterior era 6/6 şi respectiv 6/36). S-au evidenţiat rigiditate pupilară relativă dreaptă, strabism divergent drept şi cataractă subcapsulară posterioară densă bilaterală. Presiunea intraoculară a fost 58 mmHg la ochiul drept şi 54 mmHg la cel stâng, cu unghi deschis.

Examenul fundului de ochi a arătat depresiuni accentuate ale discului optic, mai avansată la ochiul drept şi macule de aspect normal. Pacienta prezenta blefarită accentuată şi chalazion al pleoapei superioare a ochiului stâng.

La un interogatoriu, pacienta a recunoscut că în ultimii trei ani a urmat tratament cu betametazona 0,1% şi dexametazonă 0,1%, instilaţii oculare, de 3x/zi, bilateral. Medicamentele au fost prescrise de medicul generalist în mod repetat şi au fost administrate iniţial pentru jena oculară. Presiunea intraoculară şi acuitatea vizuală nu au fost controlate. Glaucomul şi cataracta induse de steroizi au fost diagnosticate şi instilaţiile oculare cu steroizi au fost întrerupte. Pentru glaucom a primit tratament cu levobunolol topic 0,5% şi acetazolamidă orală cu eliberare lentă, 250 mg/zi, două zile. La examenul în ambulator a fost efectuat controlul presiunii intraoculare cu administrarea de pilocarpină 1% de 4x/zi, în ochiul drept. Având în vedere complicaţiile ireversibile severe ale glaucomului ochiului drept (anterior ochiul mai puţin afectat), pacienta a fost programată pentru extracţia cristalinului drept şi implantare de lentilă intraocular, ochiul stâng având acum un potenţial vizual mai bun, în ciuda ambliopiei.

Discuţii

La această pacientă, cauza glaucomului şi cataractei a fost administrarea cronică de steroizi, fără supraveghere oftalmologică. Aceasta a determinat pierderea importantă, ireversibilă a vederii, de cauză iatrogenă în totalitate. Simptomele au fost totuşi de iritaţie oculară datorată blefaritei, care este, în principal, o afecţiune inofensivă. Tratamentul adecvat este compresă caldă palpebrală, spălarea pleoapei cu tampon de vată şi şampon diluat, unguent cu antibiotice şi, uneori, tetraciclină sistemică în doze scăzute.

Steroizii determină creşterea presiunii intraoculare (glaucom) după câteva săptămâni la 40% din populaţia sănătoasă. Glaucomul se asociază mai des cu administrări topice de steroizi ocular şi periocular decât cu administrările sistemice, iar screeningul include măsurarea presiunii intraoculare şi măsurători suplimentare, iniţial la câteva săptămâni, ulterior la câteva luni.

Cataracta indusă de steroizi (caracteristic fiind tipul subcapsular posterior) apare la un număr important de pacienţi care primesc steroizi oral pentru tratamentul afecţiunilor sistemice — de exemplu bronhopneumonia obstructivă cronică — şi după transplant de organe. Numeroase studii au demonstrat că nu există o legătură exactă între doza de steroizi şi gradul de opacifiere a cristalinului[7-9], deşi s-a sugerat că 10-15 mg prednison, administrat timp de un an poate fi suficient pentru a determina cataractă.[6] Cataracta poate fi determinată, de asemenea, de administrările topice, şi o doză de o picătură steroid topic/zi timp de un an este suficientă pentru a determina formarea cataractei.

Într-un articol publicat în *BMJ* în 1986, s-a argumentat că medicul generalist poate realiza un examen oftalmologic cu unele detalii, folosind o lupă şi coloraţia vitală, iar tratamentul cu steroizi trebuie întrerupt numai când pierderea vederii este evidentă.[11] Totuşi, evaluarea presiunii intraoculare nu a fost adresată altfel decât în comentariul superficial, care afirma că nu au fost cazuri de glaucom indus de steroizi în studiul Moorfields.[4]

Cazul nostru subliniază pericolul administrării neadecvate şi nesupravegheate a acestei clase de medicamente. Farmacopeea Naţională Britanică menţionează că preparatele cu steroizi topici „trebuie administrate în mod normal numai sub supravegherea specialistului" şi „nu trebuie prescrise pentru 'ochi roşu' nediagnosticat".[2] Sprijinim aceste recomandări şi subliniem necesitatea controlării presiunii intraoculare la pacienţii care urmează tratamente de durată cu steroizi topici. În practică, aceasta înseamnă că pacienţii care primesc instilaţii oculare cu steroizi pentru o perioadă mai mare de trei săptămâni trebuie trimişi la oftalmolog.

Traducere: Teodora SOLOMON

Department of Ophthalmology, Royal Liverpool University Hospital Trust, Liverpool L7 8XP
Jeremy M Butcher, *senior house officer*
Michael Austin, *registrar*
James McGalliard, *consultant*
Robert D Bourke, *fellow*

Corespondenţa la:
J M Butcher,
Manchester Royal Eye Hospital, Manchester M13 9WH.

Bilateral cataracts and glaucoma induced by long term use of steroid eye drops

BMJ 1994;308:43

1 Thygesen P, Hogan MJ, Kimura SJ. Cortisone and hydrocortisone in ocular infection. *Trans Am Acad Opbtalmol* 1955;57:64-85.
2 Royal Pharmaceutical Society of Great Britain and British Medical Association. *British national formulary*. London: Pharmaceutical Press, 1992:379 (No 24, September.)
3 St Clair Roberts D. Steroids, the eye, and general practitioners. *BMJ* 1986;292:1414-5.
4 Lavin MJ, Rose GE. Use of steroid eye drops in general practice. *BMJ* 1986;292:1448-50.
5 Armaly MF. Statistical attributes of the steroid hypertension response in the clinically normal eye. I. The demonstration of three levels of response. *Invest Opbtalmol Vis Sci* 1965;4:187-97.
6 Renfro L, Snow JS. Ocular effects of topical and systemic steroids. *Dermatol Clin* 1992;10:505-12.
7 Debnath SC, Abomelha MS, Jawdal M, Chang R. Ocular side effects of systemic steroid therapy in renal transplant patients. *Ann Opbtalmol* 1987;19:435-7.
8 Limaye SR, Pillai S, Tina LU. Relationship of dose to degree of posterior subcapsular cataracts in nephrotic syndrome. *Ann Opbtalmol* 1988;20:225-2.
9 Majure M, Mroneh S, Spock A. Risk factors for the development of posterior subcapsular cataracts in patients with cystic fibrosis and allergic broncho-pulmonary aspergillosis treated with corticosteroids. *Paediatr Pulmonol* 1989;6:620:260-10.
10 Urban RC, Cotlier E. Corticosteroid induced cataracts. *Surv Obptalmol* 1986:31:102-10.
11 Steroids, the eye, and general practitioners. *BMJ* 1986;292:17737-8.

Scanned with OKEN Scanner

O nouă metodă de abordare a obstrucţiei venei cave superioare

Îndepărtarea mecanică a trombosului poate fi eficientă

Hammersmith Hospital, London W12 0NN

Prezentare de caz făcută de: L Robinson, *senior house officer in medicine*

J Jackson, *consultant in radiology*

Chairman: S Bloom, *professor of endocrinology*

Disscussion group: N Pride, *professor of thoracic medicine*

Serii de Moira White

New approach to superior vena caval obstruction

BMJ 1994;**308**:1697-9

Obstrucţia venei cave superioare este o complicaţie bine cunoscută a carcinomului bronşic, cu sechele clinice grave secundare edemului ţesutului moale, laringelui şi sistemului nervos central. Carcinomul bronşic a fost tratat, în mod convenţional, cu radioterapie şi chimioterapie adjudvantă sau chirurgical, obţinându-se grade diferite de succes.

Caz clinic

O femeie în vârstă de 56 de ani s-a prezentat cu edem progresiv al feţei şi al membrelor superioare care evolua de 10 săptămâni, urmat, timp de o săptămână, de dispnee progresivă şi tuse seacă. Ea a negat orice alte simptome. Anamneza a precizat astm de gravitate medie, tratat cu bronhodilatatoare aerosoli, fără alte afecţiuni. Pacienta a fumat 20 de ţigări pe zi timp de aproape 40 ani şi a prezentat eritem facial cu edem grav al feţei, peretelui toracic şi membrelor superioare. Venele jugulare erau nepulsatile şi foarte dilatate. Pacienta a prezentat tahipnee cu un ritm de 30 respiraţii/minut, wheezing roluri sibilante monofonice în regiunea toracică superioară şi revărsat pleural bilateral. Examenul neurologic a confirmat prezenţa unui sindrom Horner drept. Examenele cardiovascular şi abdominal au fost normale.

Radiografia toracică a evidenţiat o leziune de mărimea unei monede la nivelul lobului drept superior şi revărsat bilateral în cantitate mică; acestea au fost confirmate de computer tomografia toracică. Puncţia şi biopsia pleurală, bronhoscopia şi mediastinotomie anterioară nu au stabilit diagnosticul, dar au confirmat prezenţa unei tromboze masive a venei cave superioare, însoţită de colaterale venoase dilatate. Examenul citologic al sputei a confirmat diagnosticul de carcinom bronşic epidermoid. Tumora a fost inoperabilă, dar pacienta a urmat radioterapie în doză de 20 Gy, divizată în 5 fracţii, timp de cinci zile, simultan cu dexametazonă per os, cu dublu scop: diminuarea obstrucţiei şi paliativ. Din nefericire, evoluţia edemului a fost nefavorabilă. Venografia a evidenţiat numeroase vene colaterale opacifiate la nivelul umerilor şi peretelui toracic, umplerea retrogradă a venei azigos şi obstrucţia completă a venei cave superioare cu extinderea trombozei la venele subclaviculare bilateral (figura 1).

Iniţial cateterele de angiografie (5 unităţi pe scala French) au fost conduse prin ambele vene brahiale şi capetele lor au fost introduse în trombusul din vena subclaviculară. Pacienta a primit streptokinază în doză de 5000 U/oră pe ambele catetere. Venografia repetată la un interval de peste 40 de ore a evidenţiat semne de viză ale trombusului dar, datorită complicaţiilor (rectoragie şi epistaxis) streptokinaza a

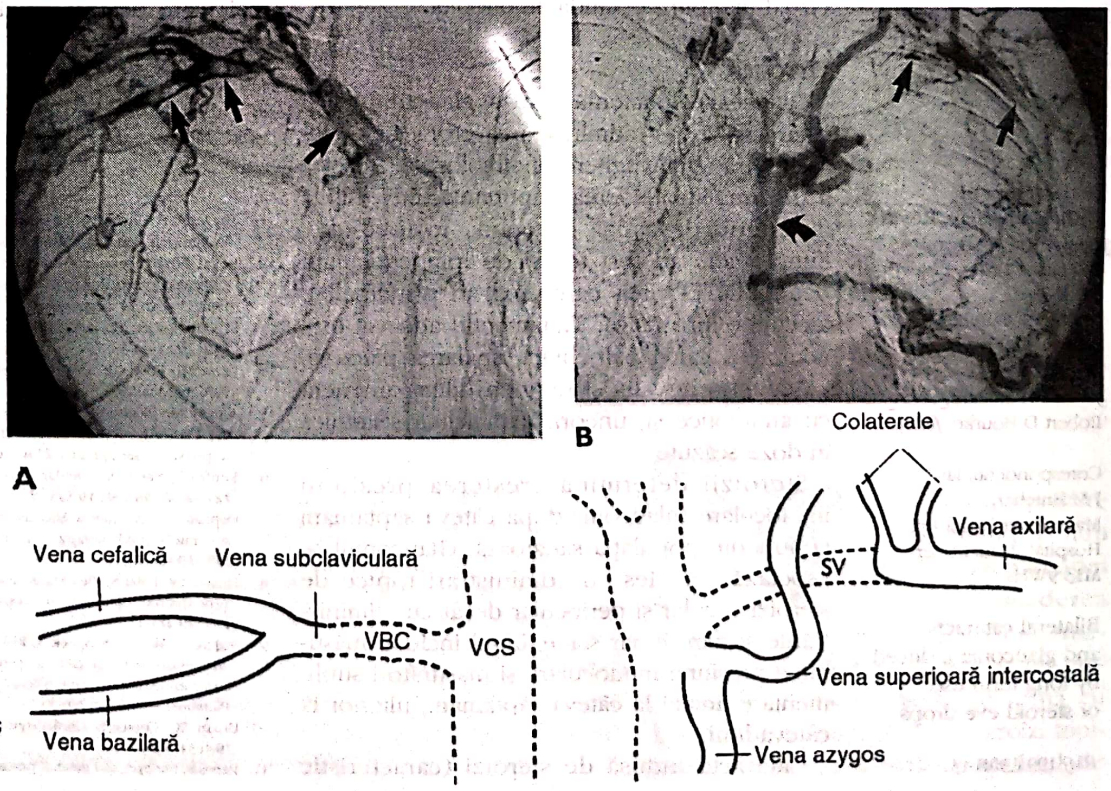


FIG. 1: *Venogramele subclaviculare dreaptă şi stângă realizate prin scădere numerică şi diagramă liniară*
Venele axiliare şi subclaviculare conţin numeroşi trombi (săgeţi). Trunchiurile venoase brahio cefalice şi vena cavă superioară (VCS) sunt obturate complet. La nivelul umerilor şi peretelui toracic există numeroase vene colaterale opacizate; se observă umplerea retrogradă a venei azigos (săgeată curbă). Reprezentarea schematică a venogramelor: liniile continui reprezintă vasele sanguine vizibile pe venogramă, iar linie punctate indică poziţia vaselor care nu sunt specificate (vena brahiocefalică — VBC; vena cavă superioară — VCS; vena subclaviculară — VS)

Scanned with OKEN Scanner

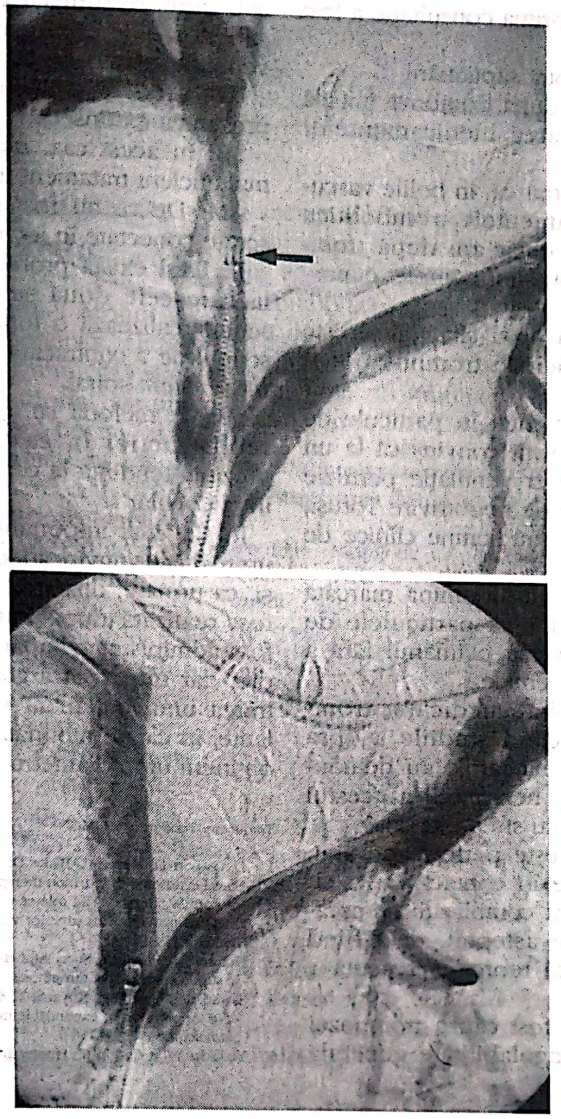


FIG. 2: *Venografia bilaterală a braţelor*
Sus: Aparatul de trombectomie Amplatz a fost utilizat pentru îndepărtarea trombilor din trunchiul venos brahio-cefalic stâng. Câţiva trombi au persistat. Aparatul (săgeata) se află în trunchiul venos brahio-cefalic drept din care nu au fost îndepărtaţi trombii.
Jos: Trunchiul venos brahio-cefalic drept este lipsit de trombi.

fost înlocuită cu alteplase. Venografia realizată 4 ore mai târziu a arătat evoluţia procesului de liză şi a devenit vizibilă o stenoză a venei cave superioare de 2 cm.

Prezenţa a numeroşi trombi liberi în vena brahiocefalică bilateral a crescut riscul emboliei pulmonare masive şi a făcut necesară îndepărtarea acestora înainte de dilatarea şi introducerea unui stent*. Un aparat de trombectomie Amplatz (Microvena, Vadnais Heights, MA, USA) a fost introdus în vena cavă superioară. Acest dispozitiv este constituit dintr-un cateter de 8 unităţi pe scala French, care are la un capăt un vârf într-o cămaşă metalică, vârf care se poate roti cu o frecvenţă de până la 100.000 rotaţii pe minut. Rotaţia creează un curent care aspiră sângele şi trombusul, macerându-l în particule mai mici sau egale cu 8 µm. Trombusul rămas în venele brahiocefalice a fost îndepărtat rapid (figura 2), stenoza a fost dilatată şi a fost introdus un stent dublu. Venografia realizată după inserţia stent-ului a arătat drenajul venos rapid în atriul drept şi absenţa colateralelor venoase. Heparina i.v. a fost administrată încă 48 de ore.

Rezultatele clinice au fost excelente, cu dispariţia aproape completă a edemului şi simptomelor. Nu au apărut complicaţii iar starea pacientei a fost bună timp de două luni.

* „stent" = după numele medicului stomatolog englez Charles R. Stent. Tub din plastic utilizat după dilataţie sau angioplastie pentru a preveni restenozarea.

Comentariu

Obstrucţia venei cave superioare a fost descrisă pentru prima dată de către William Hunter în anul 1757, la un caz de anevrism aortic luetic. Astăzi, carcinomul bronşic este cauza cea mai frecventă, obstrucţia apărând la peste 5% din cazuri. După cum am relevat în acest caz, tabloul clinic poate fi sever şi invalidant şi poate deveni mult mai grav atunci când obstrucţia, datorată compresiunii tumorale sau limfadenopatiei, se complică cu tromboza acută.

Scopul tratamentului este de a uşura simptomele şi de a preveni complicaţiile laringiene care ameninţă viaţă şi edemul cerebral. Deşi nu mai este indicată ca terapie de urgenţă înainte de stabilirea diagnosticului, radioterapia este principala metodă de tratament, cu o rată de răspuns de 91% la o săptămână.[1] Totuşi, rata de recidivă poate ajunge la 20-50% şi tratamentul eşuează adesea în cazul pacienţilor cu tromboză de venă cavă superioară. Odihna la pat, steroizii, diureticele şi anticoagulantele au un beneficiu nedemonstrat, iar chimioterapia trebuie rezervată tumorilor chimiosensibile, cum sunt limfomul şi carcinomul bronşic cu celule mici. Grefa de venă şi grefa sintetică au dat rezultate bune şi mortalitate scăzută,[2] dar, având în vedere prognosticul general grav, eficienţa acestui tratament trebuie luată în consideraţie.

Medicamentele trombolitice pot avea succes, în special în cazul unei tromboze recente[3] şi pot fi folosite împreună cu angioplastia cu balon şi heparină. Utilizarea Stent-urilor intravenoase a fost descrisă pentru prima dată în anul 1985; acestea sunt eficiente atât singure cât şi în asociere cu angioplastia şi medicamentele trombolitice.[4] Trombectomia mecanică realizată cu aparatul de trombectomie Amplatz a fost eficientă la câini,[5] dar acesta este primul caz de utilizare a trombectomiei mecanice la un pacient cu tromboză venoasă centrală. Având în vedere succesul acestui caz, trombectomia mecanică poate fi utilizată în tratamentul trombozei rezistente la terapii convenţionale.

Prognosticul general al obstrucţiei venei cave superioare este grav, supravieţuirea medie fiind de 6-7 luni cu tratament şi mai puţin de 6 luni în lipsa tratamentului. Numai 1% din pacienţi supravieţuiesc mai mult de un an de la stabilirea diagnosticului. Ca urmare a acestui fapt, trebuie acordată o importanţă majoră calităţii vieţii.

Discuţie

SB: Este obişnuit ca obstrucţia venei cave superioare să se prezinte atât de sever ca în acest caz?

NP: Nu. Acesta este cel mai sever caz pe care l-am văzut vreodată, cu edem grav al jumătăţii superioare a corpului. Trebuie deci să subliniez că acest sindrom nu este o urgenţă medicală cum se credea şi că timpul trebuie petrecut stabilind diagnosticul etiopatogenic înainte de începerea tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

SB: La cât timp de la prima consultaţie a fost început tratamentul?

NB: La aproximativ două săptămâni.

SB: Este intervalul de după tromboza iniţială important în determinarea medicamentelor trombolitice de succes?

JJ: Studiile au demonstrat că, în bolile vasculare periferice, medicamentele trombolitice sunt eficiente luni sau chiar ani după tromboza iniţială. Motivele nu sunt complet cunoscute.

SB: Care sunt riscurile lizei cheagului? Este sigur că particulele mici de trombus pot fi periculoase?

JJ: Cheagul este fragmentat în particule de 8µm sau mai mici, dar sunt convins că la un examen ulterior cu scaner ventilaţie perfuzie ar fi fost observate zone de nepotrivire Totuşi, nu au apărut simptome sau semne clinice de embolie pulmonară.

JH: Studiile efectuate cu albumină marcată radioactiv au demonstrat că particulele de 30µm diametru pot traversa plămânul fără a determina complicaţii sistemice.

SB: De ce aţi schimbat medicaţia trombolitică cu alteplase, când studiile asupra trombolizei post-infarct miocardic au demonstrat o rată crescută de hemoragii a acestui medicament comparativ cu streptokinaza?

JJ: Pentru doze mari este perfect adevărat, dar, la doze mici, aflate în contact direct cu trombusul, au fost câteva complicaţii hemoragice, după cum era de aşteptat, dată fiind specificitatea trombotică teoretic crescută a alteplasei.

SB: Care credeţi că a fost cauza trombozei iniţiale: tendinţa de coagulabilitate generală sau compresiunea extrinsecă a venei cave superioare de către ganglionii limfatici şi staza venoasă secundară?

NB: Cred că mult mai probabilă este compresiunea extrinsecă.

SB: În acest caz, radioterapia ar părea cel mai eficient tratament iniţial.

AM: De ce au fost folosite două stent-uri scurte conectate în locul unuia lungi?

JJ: Deşi există problema stenozei la nivelul la care cele două se unesc, două stent-uri scurte realizează o forţă radială mai mare. Cu scopul de a contracara acest efect, a fost realizat un stent spiral.

SB: Ce metodă se aplică pentru prevenirea reobstrucţiei în cazul unui pacient care prezintă tendinţă la coagulare şi un corp străin intravascular ?

JJ: Cel mai important factor este asigurarea unui flux sangvin adecvat la nivelul stenozei şi, ca urmare, dilatarea cu balonul la 20 mm a fost realizată după introducerea stent-ului A fost administrată heparină i.v. timp de 48 de ore, dar nu există argumente pentru administrarea unui tratament prelungit cu anticoagulante, în cazul îmbunătăţirii fluxului sangvin şi obţinerii unui diametru adecvat.

Traducere: Teodora SOLOMON

1 Davenport D, Ferree C, Blake D, Raben M. Response of superior vena caval syndrome to radiation therapy. *Cancer* 1976;38:1577-80.

2 Stanford W, Doty D. The role of venography and surgery in the management of patients with superior vena cava obstruction. *Ann Thorac Surg* 1986;41:158-63.

3 Herrera J, Williams T. Successful streptokinase therapy of acute idiopathic superior vena cava thrombosis. *Am Heart J* 1991;102:1063-4.

4 Sawada S, Fujiwara Y, Koyama T, Kobayashi M, Tanigawa N, Iwamiya T, *et al.* Application of expandable metal stents to the venous system. *Acta Radiologica* 1992;33:156-9.

5 Yedlicka JWJr, Carlon JE, Hunter DW, Castaneda-Zuniga WR, Amplatz K.

Scanned with OKEN Scanner

Aspirina şi suspiciunea de infarct miocardic

D-le EDITOR, — Michael Moher şi Neil Johnson şi, de asemenea, Hazel R. Wyllie şi Francis G. Dunn citează al "Doilea studiu internaţional asupra supravieţuirii prin infarct de miocard (ISIS-2)" pentru a recomanda medicilor generalişti să poarte asupra lor permanent şi să administreze aspirina pacienţilor suspectaţi de infarct de miocard înainte de a-i trimite de urgenţă la spital. Concluzia lor rezultă implicit: administrind aspirina cu 3-4 ore înainte de tromboliză s-ar salva mai multe vieţi decît dacă s-ar administra aspirina împreună cu începerea trombolizei. Editorialul care însoţeşte articolele îi mustra pe generalişti că nu dau atenţie acestui fapt.

În cadrul studiului ISIS-2, pacienţilor li s-au administrat 160 mg aspirină sau placebo împreună cu streptochinază sau alternativ o perfuzie cu o soluţie placebo urmată de aspirină sau comprimate placebo. Un scop al protocolului a fost determinarea dacă aspirina (cu sau fară agenţi trombolitici) are un rol în terapeutica infarctului de miocard. Nu există nici un studiu care să sugereze că aspirina înainte de tromboliză salvează mai multe vieţi decît dacă este administrată împreună cu tromboliza.

Beneficiul trombolizei este dependent de timp. Folosirea sa cît mai precoce salvează vieţi. Începerea trombolizei în primele 4 ore de la debutul durerii salvează mai multe vieţi decît dacă tromboliza începe între 5-12 ore de la debutul simptomatologiei. Astfel de dependenţă legată de timp nu s-a observat pentru aspirină. Aspirina administrată în primele 4 ore de la debut are acelaşi impact asupra mortalităţii cu administrarea după acest interval de timp. Astfel, concluzia studiului ISIS-2 este contrarie faţă de ce încearcă autorii să sugereze. De asemenea, nu s-a făcut nici un studiu care să cerceteze dacă aspirina administrată singură este sau nu superioară asocierii tromboliticelor.

Efectul aspirinei administrat bolnavilor cu suspicţiune de infarct de miocard

Ore de la debutul durerii	Număr de pacienţi	Nr. (%) de decese prin infarct de miocard
0-4	3733	332 (8.9)
0-1	356	34 (9.5)
2	953	80 (8.4)
3	1243	109 (8.7)
4	1181	109 (9.2)
5-12	3633	366 (10.0)
12-24	1211	106 (8.7)

Aspirina nu este un substituent al trombolizei precoce în atitudinea terapeutică a infarctului de miocard.

Trebuie ca mediciii generalişti să poarte tot timpul cu ei aspirina ca medicament de urgenţă? Răspunsul este NU.

B. K. Kishore Shetty
Medic de Medicină generală

Pallion Health Centre
Sunderland SF4 7XF

1 Moher M, Johnson N. Use of aspirin by general practitioners in suspected acute myocardial infarction. *BMJ* 1994;308:760. (19 March.)
2 Wylie HR, Dun FG. Pre-hospital opiate and aspirin administration patients with myocardial infarction. *BMJ* 1994;308:760-1. (19 March.)
3 Herbert P. Suspected myocardial infarction and the GP *BMJ* 1994;308:734-5(19 March.)
4 ISIS-2(Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspiral, both or neither among 17187 cases of suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1988;ii:349-60.

Dorim să primim cât mai multe scrisori de la cititori. Jurnalul doreşte să încurajeze dezbaterile libere asupra tuturor problemelor considerate importante de către dumneavoastră.

Scrisorile pot comenta un articol publicat în ediţia în limba română a BMJ sau în ediţiile săptămânale publicate în Marea Britanie.

Unii doctori s-ar putea să creadă că părerea lor nu este importantă sau nu contează. Însă va conta!

Scanned with OKEN Scanner

Un exemplu rău înţeles de prietenie

Opoziţia multor cetăţeni din Marea Britanie de a avea relaţiile mai apropiate cu continentul european este bazată mai mult pe criterii sentimentale decât pe o analiză a rezultatelor economice ale Uniunii Europene. O explicaţie ar fi, probabil, faptul că britanicii sunt refractari la învăţarea limbilor străine, ei simţindu-se mai apropiaţi de americanii de pe celălalt ţărm al Atlanticului decât de olandezii, francezii şi germanii de dincolo de Canalul Mânecii. Desigur că spre Statele Unite îşi întorc ochii şi cei foarte ambiţioşi, în special tineri muzicieni, actori, ziarişti si oameni de ştiinţă.

Sub multe aspecte, Statele Unite reprezintă totuşi un model negativ. Aceasta mi-a fost sugerată de lectura ultimei cărţi a lui Penelope Leach, o autoritate în domeniul îngrijirii copilului. Cartea intitulată: „Children First" („Copilul mai presus de orice") s-a concentrat pe apelul către părinţi de a petrece mai mult timp cu copiii lor (lucru ce a fost evidenţiat şi de presa critică de specialitate). În opinia mea, cartea are o temă mai largă: necesitatea urgentă de a salva copiii lumii de la sărăcie. Din 1980 Marea Britanie şi-a modelat politica socială mai mult după politica Statelor Unite decât după cele ale statelor europene. În timpul anilor Reagan-Thatcher, în Marea Britanie şi SUA s-a mărit distanţa dintre bogaţi şi săraci. Astfel, în Marea Britanie, între 1979 şi 1989 procentul familiilor cu un venit mai mic decât jumătate din venitul mediu a crescut de la 8,8% (4,4 mil. persoane), la cca.19% (10,4 mil. persoane). În SUA (statisticile se efectuează într-un mod diferit), în 1985 aprox. 33 mil. de americani (14% din populaţie) erau săraci. Totuşi, ajutoarele sociale au fost reduse. În aceeaşi perioadă, proporţia de belgieni săraci a fost de numai 1.8%, germani, 7.1% iar francezi, 12.1%. Aceasta este realitatea în ţări conduse de guverne socialiste asupra cărora britanicii sunt atât de des avertizaţi.

În majoritatea ţărilor occidentale situaţia copiilor s-a înrăutăţit în anii 80. Astfel 3 milioane de copii britanici şi 13 milioane de copii americani (60% albi) trăiesc oficial sub limita sărăciei. Avem opţiunea de a lăsa aceşti copii să încerce să răzbească singuri în viaţă sau putem urma reţeta autoarei, încercând să convingem politicienii şi birocraţii că interesul pentru copiii noştri este eficient din punct de vedere economic. Problema este că, după un deceniu de propagandă, lumea vede măsurile de eliminare a sărăciei nedobîndite şi nemeritate. Anchetele efectuate arată că 1/6 din cei chestionaţi incriminează lenea şi lipsa de voinţă ca fiind cauza sărăciei.

Încercînd să iasă din recesiune, Marea Britanie urmează exemplul Statelor Unite, continuând să creadă în filosofia lui Charles Murray: „sărăcia este cauza problemelor noastre economice şi nu rezultanta politicii noastre economice". Argumentul lui Murray este că lipsa locurilor de muncă determină ca anumiţi oameni trebuie să accepte salarii foarte mici („disciplina locului de muncă") dacă într-adevăr au nevoie de locul de muncă respectiv. Persoanele care sunt sărace suferă de „dependenţă comportamentală" (iar atacul asupra mamelor singure a continuat ducând la stigmatizarea socialiştilor occidentali). O politică naţională care ar împărţi în mod echitabil bunăstarea şi resursele ar fi un lucru pe care am putea să ni-l permitem, spune autoarea. Copiii sunt respinşi nu deoarece ar fi din punct de vedere economic o povară, ci deoarece oamenii preferă să câştige mai mult decât să împartă. Făcând din atît de mulţi copii nişte învinşi, îi împingem spre crimă şi tulburări afective. Redistribuţia veniturilor conform modelului suedez ar oferi şanse mai echitabile şi, de asemenea, mai multe baze pentru motivaţie. Astfel va putea fi stopată deteriorarea calităţii vieţii fiecăruia.

Tony SMITH, editor asociat BMJ

Contribuţie locală

În anul 1830 se pun bazele la Iaşi a **„Societăţii de Medici şi Naturalişti"** — prima societate ştiinţifică din istoria poporului român. Activitatea acestei Societăţi s-a concretizat prin:

— crearea primului muzeu de istorie naturală;

— înfiinţarea primei grădini botanice din România;

— înfiinţarea, încă de la începutul existenţei Societăţii, a unei biblioteci care cuprinde materiale de o deosebită valoare documentară;

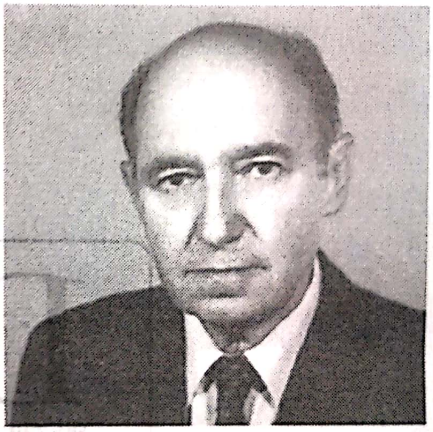
— editarea unei publicaţii sub denumirea de "Buletinul Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi" după ce, în prealabil, se făcuseră unele încercări, mai întâi în 1844 cu "Povăţuitorul Sănătăţei şi a Economiei, foae periodică pentru poporul românesc" şi, mai apoi, în 1851, cu "Foaia Societăţii de Medici şi Naturalişti din Prinţipatul Moldovei", ambele sub conducerea dr. C. Vârnav.

La 28 noiembrie 1886, în urma străduinţelor unor inimoşi medici şi naturalişti, dintre care majoritatea membri ai corpului didactic de la Universitate (Facultatea de ştiinţe şi Facultatea de medicină), se ia hotărârea editării unui organ de publicitate a Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi menit să contribuie la difuzarea cunoştinţelor din diversele domenii ale ştiinţei, a publicării lucrărilor elaborate de membrii Societăţii şi care să permită, în acelaşi timp, efectuarea unui schimb de publicaţii cu periodice de peste hotare.

Apariţia „Buletinului Societăţii de Medici şi Naturalişti" — care din anul 1924 poartă denumirea de „Revista Medico-Chirurgicală" — s-a datorat climatului favorabil pentru activitatea ştiinţifică creat prin dezvoltarea continuă a intelectualităţii ieşene, precum şi a vieţii universitare.

Apariţia periodicului va continua până în zilele noastre, cu unele întreruperi, legate — printre altele — de cele două războaie mondiale, polarizând în jurul său valoroşi colaboratori din centrul medical ieşean, din toate centrele medicale ale Moldovei, din alte colţuri ale ţării, precum şi de peste hotare.

În anii de început găsim, în redacţia revistei, figurile cele mai proeminente ale laşului ştiinţific, cum au fost: chimistul Petru Poni, geologul Grigore Cobălcescu, filosoful Vasile Conta, fiziologul Leon Cosmovici, dr. Anastasie Fătu, dr. Aristide Periide şi mulţi alţii. Aceştia şi mai apoi figuri mari ale medicinii ieşene şi preşedinţi ai "Societăţii de Medici şi Naturalişti" ca profesorii I. Ciurea, Em. Riegler, G. Bogdan, Ernest Juvara, C. Bacaloglu, C.I. Parhon, N. Hortolomei, V. Răşcanu, M. Ciucă, Al. Slătineanu, Gr. T. Popa, Gh. Tudoranu, I. Nicolau, Gh. Năstase, I. Niţulescu, I. Enescu, alături de N. Leon, Th. Economu, N. Bumbăcescu, Gh. Popovici au contribuit, prin "Revista Medico-Chirurgicală", la propăşirea ştiinţelor medicale şi biologice, la întreţinerea făcliei gândirii şi cercetării ştiinţifice. Dintre contemporanii noştri se cuvine să omagiem postum personalitatea profesorului doctor docent Grigore Teodorovici, care a avut o contribuţie esenţială în realizarea continuităţii "Revistei Medico-Chirurgicale" şi menţinerii prestigiului său.



Grigore Teodorovici (1922 — 1992)
Redactor al **Revistei Medico-Chirurgicale**
timp de 30 de ani

Pe parcursul celor peste 100 de ani de existenţă "Buletinul Societăţii" — "Revista Medico-Chirurgicală" de mai târziu — devine tribuna ideilor celor mai înaintate ale timpului, fiind apreciată în viaţa ştiinţifică naţională ca o revistă de înaltă ţinută şi rigoare ştiinţifică.

Scanned with OKEN Scanner

Precum tatăl, aşa şi fiul?

Acum 30 de ani eram un tânăr chirurg într-un spital universitar din Londra.

Actualmente sunt chirurg începător într-un spital universitar din Londra.

Tranziţia de la student la stagiar a fost impresionantă. Toţi membrii personalului tolerau studenţii ca pe o nenorocire inevitabilă. Acum, brusc, facem parte din aceeaşi echipă şi sîntem respectaţi şi ajutaţi de oricine.

Student fiind, m-am simţit ca a V-a roată la căruţă. Ca stagiar, acum facem parte din aceeaşi echipă, dar sunt momente cînd nimeni nu apreciază acest lucru. Puţini respectă stagiarii, iar cei mai mulţi ne tratează distant. Dacă solicit laboratorului să facă investigaţii hematologice după ora 5pm, deseori tehniciana de la laborator mă întreabă ce indicaţie are pacientul pentru investigaţie şi de ce nu s-a putut face în timpul orelor normale de program. Stagiarul este considerat o pradă uşoară şi este greu ca ei să nu simtă astfel o anumită frustrare. A fi un bun stagiar depinde prea puţin de cunoştinţele clinice cît, mai ales, de abilităţile tale de a fi răbdător şi cu capul plecat, astfel ca investigaţiile şi tratamentul necesar pacienţilor să se aplice şi deci evoluţia lor să fie favorabilă.

Nu aveam zile libere de loc. Lucram în spital 24 de ore pe zi şi 7 zile pe săptămână pe toata durata celor 6 luni ale contractului. Eram de gardă la serviciul de urgenţe o data la 3 zile. (..) Din salariul meu lunar, după ce plăteam chiria şi mîncarea, îmi rămîneau doar 164 de lire sterline.

Lucrez zi de zi, iar la fiecare 4 zile precum şi la fiecare al patrulea weekend sunt de gardă. Acesta este programul meu de cînd s-a introdus noul regulament pentru medicii începători permiţîndu-mi să lucrez până la 72 de ore pe săptămână. Anul trecut, programul lor era de 83 de ore pe săptămână. În realitate, spitalul nu a mai angajat pe nimeni şi, deşi facem aceeaşi muncă suntem plătiţi mai puţin. Sînt plătit o normă întreagă, 39 de ore pe săptămână, restul de ore, până la 72, sunt plătit la jumătate. Peste 72 de ore lucrate nu sunt plătit de loc. Frecvent, muncesc cîte 100 de ore pe săptămână, iar o dată am muncit chiar şi 139 — asta înseamnă 67 de ore/săptămână neplătite, dar lucrate. Puţini dintre noi s-ar aştepta să fie platiţi integral toate aceste ore. Cred însă că cei mai mulţi ar fi de acord că 72 de ore este o ţintă nerealistă dacă vrem ca pacienţii să nu sufere. Nu m-am făcut medic să mă uit tot timpul la ceas şi nici nu aş pleca după 72 de ore dacă ar fi important să rămân la servici; sincer să fiu însă mă revoltă modul acesta nerusinat de a fi înşelat. Trebuie să admit că, într-adevăr, muncim mai puţine ore decît se muncea în urmă cu ani de zile.

Spitalul era condus de un intendent împreună cu o echipă de 5 sau 6 ajutoare şi toţi cunoşteau stagiarii după nume. N-ar fi trecut niciodată pe lîngă noi fără să ne salute sau să ne oprească la o mică discuţie. Puteam oricând să ne adresăm imediat şi direct dacă aveam orice problemă intendentului, al cărui moto era: „Întâi şi mai presus de orice, Spitalul".

Spitalul este condus de un consiliu de administraţie. De cînd am început munca (în urmă cu patru luni), nu l-am văzut pe directorul executiv niciodată (dacă este să fac abstracţie de apariţia sa la televiziune, unde l-am văzut elogiind virtuţile spitalului nostru). De asemenea, i-am văzut limuzina în parcarea spitalului. Administraţia spitalului are cîteva clădiri pline de administratori şi directori. Gurile rele spun că sînt mai mulţi directori decît doctori, dar nimeni nu poate verifica acest fapt.

Exista o sală de mese pentru stagiari, iar o mîncare simplă, dar îndestulătoare, era oricând la dispoziţia stagiarilor atît ziua, cât şi noaptea. Zilnic erau 3 feluri de mâncare, iar oaspeţii nu trebuia să plătească nimic. Exista ceai în camera doctorilor, iar sandvişuri şi cafea puteau fi comandate în oricare parte a spitalului de la sfârşitul cinei şi până la miezul nopţii. Aveam deci o masă caldă pe care o puteam lua cu asistentele până la ora 2 dimineaţa. Dacă aveam nevoie, şuncă şi ouă puteau fi prăjite pentru noi şi după acea oră.

Există o autoservire pentru toţi membrii personalului. Mîncarea este proastă şi scumpă (sic!). Cantina se închide la ora 8 seara. După ora 8, ceva mâncare se mai găseşte în automate pe care apoi trebuie să le încălzeşti la cuptorul cu microunde. Dacă sunt de gardă şi nu termin munca până la ora 8 pm (cum se întâmplă de fapt în 90% din cazuri), nu pot să cumpăr nimic proaspăt. Cei care sunt de gardă se folosesc de restaurante, care fac astfel o afacere foarte sănătoasă, servind mâncare în orice parte a spitalului.

Deşi stăteam foarte puţin în ea, fiecare avea o cameră mare şi confortabilă, prevazută cu o chiuvetă şi o toaletă la capătul coridorului. Camerele erau aranjate de cameriste, care considerau de datoria lor să se îngrijească de tinerii medici. Camerele erau imaculate şi erau curăţate zilnic. De asemenea, cameristele făceau zilnic paturile (lenjeria de pat schimbându-se săptămânal), iar lenjeria personală era trimisă la spălătorie, returnată şi despachetată.

Am o cameră plăcută, simplă dar confortabilă. Camerista face patul şi curăţă camera săptămânal.

Nu existau „Bleep" sau telefoane în camerele noastre. Când, în fine, ajungeam în pat, pentru orele noastre de somn (4-5 ore pe zi) puteam fi chemaţi doar de portarul şef care considera de datoria lui să nu ne deranjeze decît dacă era absolut necesar. O soră din tura de noapte, dacă avea nevoie de ajutorul unui medic stagiar, trebuia mai întîi să-l convingă pe portar că era într-adevăr nevoie de Dr. X. Ea trebuia să-l convingă mai întâi că Dr. Y, care încă nu s-a culcat, nu putea să prescrie acel medicament sau să reajusteze ritmul perfuziei astfel ca somnul Dr-lui X să nu fie deranjat.

"Bleep-ul" îi obsedează pe stagiari ziua şi noapte. Sînt zile cînd am circa 50 de apeluri prin "bleep". Se poate întîmpla să fie un stop cardiac sau doar o asistentă cursantă care verifică modul de funcţionare al sistemului "Bleep". Dacă iau bleepul acasă, mă trezeşte de multe ori noaptea. Spitalul poate să încerce la întâmplare să-l găsească pe medicul de gardă la domiciliu, în loc să încerce să găsească lista cu medicii de gardă.

Munceam greu şi eram întodeauna obosiţi, dar era plăcut oricum. Toată lumea ne aprecia şi îşi dădeau interesul să ne facă viaţa cât mai uşoară şi mai plăcută cu putinţă. Pentru nimic în lume n-aş fi pierdut cele 6 luni de stagiu. Au fost cele mai fericite timpuri ale vieţii mele profesionale. Fiul meu este acum stagiar în chirurgie în acelaşi spital universitar.

Muncesc greu şi sînt permanent obosit. În ciuda faptului că cei care ne apreciază sunt puţini, precum şi cei care fac un efort să ne facă viaţa mai uşoară şi mai plăcută, îmi place munca mea de stagiar. Acei puţini care ne apreciază, în special bolnavii, dau un sens muncii noastre. Toate acestea s-ar putea mult îmbunătăţi prin reconsiderarea orelor de muncă şi a modului lor de plată.

În acelaşi spital, tatăl meu a fost şi el stagiar în urmă cu 35 de ani. Lucrurile sunt foarte diferite. Sunt ele mai bune, mai rele sau doar deosebite?

Traducere: Dr Vasile DRUG

Scanned with OKEN Scanner

Contribuţie locală

Medicina şi reclama în mass-media

În România, practica medicală particulară este în plină dezvoltare. Ea confruntă medicii cu o nouă experienţă managerială: reclama.

În standardul de practică al Asociaţiei Americane a Agenţiilor de Publicitate se afirmă că reclama este o afacere şi, ca atare, operează în contextul unei competiţii.[1] Competiţia condusă onest este necesară; cea incorectă duce însă la pierderea prestigiului şi diversiune. Codul elementar de etică jurnalistică prevede ca o reclamă să nu conţină:

- propoziţii false sau înşelătoare, exagerări vizuale sau verbale;
- mărturii ce nu reflectă opţiunea reală a martorilor competenţi;
- preţuri înşelătoare;
- comparaţii incorect defăimătoare cu un produs sau un serviciu competitiv;
- afirmaţii insuficient susţinute sau care distorsionează adevăratul înţeles al unor afirmaţii emise de autorităţile profesionale şi ştiinţifice;
- afirmaţii, sugestii şi figuri ofensatoare pentru decenţa publicului.

O reclamă trebuie să fie onestă, iar oferta trebuie exprimată clar şi complet. Afirmaţiile false, decepţionante, frauduloase nu au ce căuta în mesaj, după cum nu este de acceptat discreditarea unor persoane sau grupuri pe criterii de rasă, religie, origine naţională, status marital sau vârstă.

Principiul de bază constă în obligaţia ca medicii angajaţi în practica particulară să respecte aceleaşi norme etice ca toţi ceilalţi medici. Nu există restricţii în a face reclamă acestei practici, atât timp cât publicul este protejat de practici iluzorii, care induc în eroare. Reclama nu trebuie să fie înşelătoare şi mincinoasă, prin omiterea unor informaţii necesare, nu trebuie să conţină informaţii false, după cum nu trebuie să dezamăgească sau să creeze speranţe medicale nejudicioase. Întrucât publicul căruia se adresează reclama poate fi indus în eroare de termeni de specialitate sau de ilustraţii dificil de înţeles medicii, împreună cu ziariştii, au datoria să stabilească o formă a comunicării cât mai pe înţelesul publicului.

Anumite tipuri de comunicare au un potenţial important de decepţionare a publicului, lucru care trebuie să fie evitat. De exemplu, mărturiile persoanelor privind îndemânarea unui medic sau aprecieri privind calitatea unor servicii medicale pot conţine un mare procent de subiectivitate când nu reflectă rezultatele obţinute pe un lot reprezentativ de bolnavi, comparabile cu ale unui lot martor. Afirmaţiile privind calitatea serviciilor medicale pot ridica semne de îndoială când nu survin în urma respectării unor standarde obiective. Dar, enunţuri privind experienţa, competenţa şi calitatea serviciilor medicale pot fi făcute dacă sunt susţinute de fapte ce întrunesc condiţiile de obiectivitate ştiinţifică şi sunt dovedite ca reproductibile pentru categorii diverse de pacienţi.

Deoarece medicii au obligaţia profesională şi etică de a cunoaşte şi de a face cunoscute noile cuceriri ale ştiinţei medicale, este puţin probabil ca un medic să deţină cu adevărat un remediu sau o îndemânare unică sau exclusivă. Prezentarea unor astfel de remedii, decepţionante în final pentru publicul larg, pot fi eventual permise doar într-o arie geografică restrânsă, în care există numai un singur specialist acreditat.

O afirmaţie după care un medic a vindecat sau a tratat cu succes un număr mare de cazuri grave este neloială şi nedeontologică dacă ea susţine o certitudine nefondată a rezultatelor, creând aşteptări nejustificate şi înşelătoare bolnavilor cu condiţii asemănătoare.

Plasarea reclamei în mass-media implică, din partea medicului, responsabilitatea ca aceasta să fie explicit şi implicit adevărată şi să nu inducă în eroare. Principiul fundamental de respectat este ca cel ce face reclama să aibă o bază rezonabilă pentru afirmaţiile sale înainte ca acestea să fie difuzate.

Dr Traian MIHĂESCU

1 Society of Professional Journalists. Code of ethics.In Gorlin RA. Codes of professional responsibility, 2nd ed., Bureau of National Affairs, Washington D.C. 1990;141-2.

Contribuţie locală

Experienţa mea de un an cu o emisiune radiofonică medicală

Cel puţin în viitorul apropiat, se pare că o ţară în tranziţie cum este România nu va avea resurse pentru a menţine lucrători specializaţi în domeniul ocrotirii sănătăţii care să realizeze o prevenţie şi informare medicală eficientă în întreaga populaţie. Prin intermediul mass-mediei se poate încerca suplinirea acestei insuficienţe, difuzând frecvent informaţii competente în emisiuni radio, Tv sau în presă.

Postul de radio Nord-Est Iaşi (frecvenţă 72,44 MHz) a hotărât să contribuie la acest efort lansând, la 15 octombrie 1993, o emisiune săptămânală pe teme medicale şi de educaţie pentru sănătate, la care am participat şi eu ca redactor şi a cărei experienţă vă este împărtăşită în cele ce urmează.

Am pornit de la ideea că o emisiune educativă şi informativă medicală îşi asumă nişte riscuri faţă de ascultătorii ei. Unii redactori au dorit ca elementul de noutate ştiinţifică să domine; alţii cât mai multe informaţii despre prevenirea unor boli, însă pe unii ascultători se pare că îi interesează în special forma de prezentare a materialelor, cu accentuarea laturii mai... de divertisment. Am încercat să realizăm astfel un "cocktail" care să aibă de fiecare dată un gust uşor diferit, şi totuşi asemănător cu precedentele.

În emisiunile noastre, ahtiaţii după ştiinţă au putut afla informaţii condensate cu noutăţi preluate din numere recente ale revistelor ştiinţifice internaţionale la care am avut acces. La început nu am avut prea multe reviste străine, însă cu sprijinul Bibliotecii U.M.F. Iaşi, am reuşit totuşi să atingem un număr suficient de variat de articole. Limbajul de prezentare a articolului a fost pe cât posibil adaptat înţelegerii şi a celor fără pregătire medicală pentru a interesa şi atrage cât mai mulţi ascultători.

Emisiunile de educaţie pentru sănătate au constituit, poate, obiectul celor mai variate experimentări în privinţa metodei de prezentare. Unele teme au mers pe modelul unor „lecţii" ca pentru unele subiecte de interes general epidemiologic şi, deşi ni s-au părut necesare, lecţiile au fost considerate anoste de unii ascultători. Cel mai frecvent am încercat însă stimularea şi încurajarea participării active a ascultătorilor, prin dezbateri în direct (de pildă despre SIDA sau despre fumat) sau prin concursuri dotate cu premii oferite de unii sponsori. Astfel, am organizat concursuri despre hepatita virală, tuberculoză, contracepţie, boala diareică acută, în colaborare cu Laboratorul de Promovare a Sănătăţii Iaşi, care ne-a pus la dispoziţie şi materialul bibliografic necesar.

Deşi rezultatele acestui gen de activitate nu sunt vizibile imediat, cred totuşi că ceea ce am încercat noi să facem merită să fie dezbătut. Aş fi bucuros să primesc opinii sau observaţii referitor la aceste activităţi fiindcă sunt convins că ele vor exista. Şi, oricum, comunicând între noi vom avea numai de câştigat, nu-i aşa?

Dr Răzvan SOCOLOV, Radio Nord-Est, CP 1618, OP 7, Iaşi 6600

Scanned with OKEN Scanner

Probleme de stil pentru ***BMJ***

Instrucţiuni pentru autori

BMJ doreşte să ajute medicii de pretutindeni să practice medicina mai bine şi să promoveze dezbateri privind modalităţile de ameliorare a stării de sănătate a populaţiei. Pentru a realiza aceste scopuri noi publicăm studii ştiinţifice originale, referate generale, articole educaţionale şi lucrări ce comentează aspectele clinice, ştiinţifice, sociale, politice şi economice care pot afecta sănătatea. Sântem încântaţi să primim spre publicare articole din toate aceste categorii, de la medici şi alţi specialişti. Putem publica doar aproximativ 17% din articolele primite dar scopul nostru este de a decide rapid şi corect. Echipa editorială de la Londra este totdeauna bucuroasă să furnizeze sprijin pentru corecte prezentări a articolelor trimise spre publicare. Numai materialele publicate în jurnalul săptămânal pot fi reproduse în alte ediţii locale ale BMJ.

Evaluare prin referenţi („Peer-review")

Fiecare articol primit este citit de către doi sau mai mulţi editori. În această etapă aproximativ o jumătate din articole sunt refuzate, principalele motive constituindu-le: insuficientă originalitate, deficienţe ştiinţifice serioase şi absenţa unui mesaj important pentru o audienţă medicală generală. Dorim să ajungem la o decizie privind continuarea evaluării articolelor în aproximativ două săptămâni de la primirea lor.

Apoi toate articolele selectate ca posibile pentru publicare sunt trimise la unul sau mai mulţi referenţi externi, selectaţi dintr-o bază de date ce numără aproximativ 2500 de experţi. O dată ce am primit opiniile referenţilor, lucrările corespunzătoare sunt selectate pentru a fi discutate de comisia săptămânală de examinare ("hanging committee").

Aceasta cuprinde doi din cei 12 consultanţi clinici (toţi fiind medici practicieni specialişti sau generalişti cu experienţă în evaluarea articolelor), doi editori şi unul din cei şapte statisticieni. Intenţionăm să ajungem la o decizie finală privind posibilităţile de publicare în opt săptămâni de la primirea articolelor şi să le publicăm după ce corecturile necesare au fost făcute, în trei luni de la acceptarea finală. În prezent durata de la primirea unui articol până la publicarea sa este de şase luni, dacă sunt trecute etapele de mai sus.

Instrucţiuni generale

Tot materialul trimis spre publicare se consideră a fi adresat exclusiv BMJ-ului, cu unele mici excepţii stabilite de comun acord. Toţi autorii trebuie să consimtă în scris la publicarea materialului. Textul trebuie să fie dactilografiat la două rânduri şi să se conformeze regulilor generale de redactare a articolelor adresate pentru publicare revistelor bio-medicale.[1] Autorii trebuie să furnizeze adresa, numele, funcţia (calificarea) pe care o aveau în momentul efectuării studiului, precum şi adresa actuală pentru corespondenţă (incluzând numărul de telefon şi fax). Materialul acceptat pentru publicare va fi tehnoredactat.

Articolele originale

Autorii trebuie să trimită trei copii şi să păstreze una pentru referinţă. Dacă se trimite un articol pe dischetă, trebuie furnizate informaţii asupra hardware-ului şi software-ului utilizate şi trei copii scrise la două rânduri; păstraţi duplicatul dischetei.

Articolele originale şi cele de medicină generală nu trebuie să fie mai lungi de 2.000 de cuvinte, cu maxim şase tabele sau ilustraţii. Ele trebuie să prezinte cercetări originale cu interes pentru practica clinică. Lucrările de medicină generală trebuie să descrie cercetări sau alte probleme relevante pentru asistenţa medicală primară. Articolele ştiinţifice trebuie să se conformeze structurii convenţionale: introducere, metode, rezultate, discuţii şi bibliografie. Rezumatul trebuie scris structurat (divizat în obiective, design, locul cercetării, expuneri, intervenţii, principalele evoluări efectuate, rezultat şi concluzii)[2] şi nu trebuie să fie mai mare de 250 de cuvinte. Metodele statistice utilizate trebuie definite în subcapitolul de metodologie a articolului şi toate metodele statistice ce nu sunt de uz comun trebuie să fie descrise detaliat sau să aibă trimiteri la referinţele bibliografice.

Ori de câte ori e posibil trebuie precizat numărul subiecţilor studiaţi. Instrucţiunile generale privind utilizarea şi prezentarea materialului statistic, trebuie să includă recomandări privind estimarea de interpretare şi prezentare a materialului statistic cât şi semnificaţiei acestora.[3] Dacă studiul a utilizat un chestionar, o copie a acestuia trebuie să însoţească articolul.

Articolele scurte ("short reports") - nu trebuie să depăşească 600 de cuvinte cu cel mult un tabel sau ilustraţie şi cinci referinţe.

Educaţie şi Dezbatere - sunt lucrări în majoritate comisionate de redacţie, dar sunt bine-venite articole de până la 2000 de cuvinte despre orice aspect de sănătate şi medicină. Acestea vor fi evaluate de referenţi şi trebuie să includă un rezumat de maximum 150 cuvinte.

Editorialele - sunt de asemenea comisionate dar noi vom lua în considerare şi editorialele nesolicitate cu maximum de 800 de cuvinte. Acestea vor fi de asemenea evoluate de referenţi.

Calitatea de autor

Recomandările standard pentru manuscrise trimise revistelor medicale enunţă "creditarea ca autor trebuie acordată numai celor care aduc o contribuţie substanţială la: a) concepţia şi design-ul sau analiza şi interpretarea datelor; b) schiţarea conţinutului articolului sau corectura lui; c) aprobarea finală a versiunii ce trebuie publicată.

Pentru un autor trebuie să fie întrunite toate cele trei condiţii de mai sus. Participarea numai la obţinerea de sprijin financiar sau la colectarea datelor nu justifică calitatea de autor. Dorim ca cei care ne trimit articole să ne asigure că toţi autorii incluşi îndeplinesc criteriile calităţii de autor. În plus dorim să fim siguri că nu este nimeni care să îndeplinească criteriile de autor şi să nu fi fost inclus în această calitate.

Conflictele de interese

Dorim ca autorii de lucrări, articole şi materiale comisionate să ne facă cunoscut orice conflict de interese care le poate influenţa gândirea, ori de câte ori este necesar. Asemenea conflicte pot lua multe forme dar cele mai probabile sunt cele financiare, personale, politice sau academice. Autorii trebuie să permită cunoaşterea conflictelor potenţiale chiar când ei sunt convinşi că gândirea nu le-a fost influenţată. Noi vom decide în final dacă cititorii noştri ar trebui să cunoască aceste conflicte de interese şi să ia propriile lor decizii. Înainte de a publica asemenea informaţii ne consultăm întotdeauna autorii. În plus, dorim ca toate sursele financiare pe care se bazează cercetările să fie explicit enunţate şi noi vom include această informaţie în articolul publicat. De asemenea rugăm pe referenţii noştri să ne facă cunoascut orice conflict de interese.

Confidenţialitatea pacienţilor

Dacă există posibilitatea ca un pacient să fie identificat într-o prezentare de caz, ilustraţie sau lucrare, noi cerem pentru publicare consimţământul scris al pacientului.[4] Pacienţii aproape totdeauna sunt binevoitori în acordarea unor asemenea consimţăminte. Sunt total ineficiente benzile negre aplicate pe ochii pacienţilor, iar schimbarea detaliilor pacienţilor în încercarea de a-i deghiza nu reprezintă o bună deprindere ştiinţifică.

Publicarea redundantă

Ori de câte ori un articol trimis la BMJ se suprapune parţial cu peste 10% faţă de articolele publicate anterior în BMJ sau în alte reviste, noi dorim ca autorii să ne trimită copii ale acestor lucrări. Pentru a proteja cititorii şi cercetătorii de a fi copleşiţi de materialul redundant, nu dorim publicarea lucrărilor ce se suprapun substanţial peste articolele publicate în alte reviste şi dorim să decidem singuri asupra gradului acestei suprapuneri.

Mediatizarea materialelor

Nu dorim ca materialul care este publicat în BMJ să apară anticipat în mass-media pentru ca doctorilor şi

Scanned with OKEN Scanner

pacienţilor li se furnizează astfel un material incomplet care nu a fost supus procesului de "peer-review"; cititorii nu pot decide singuri asupra validităţii mesajului. Acceptăm publicarea unor lucrări după ce au fost prezentate la întâlniri ştiinţifice. Acei autori care doresc ca noi să le publicăm lucrările, pot prezenta clarificări ale unor probleme altor medii de difuzare a informaţiilor dar nu pot furniza alte informaţii decât cele incluse în asemenea prezentări.

BMJ instituie un embargou de presă săptămânal. Autorii pot fi solicitaţi să pregătească o prezentare publică şi li se va da şansa să aprobe înainte de prezentarea publică, forma finală a informaţiei.

Copyright

Toţi autorii (cu excepţia unor angajaţi guvernamentali) transferă copyright-ul la BMJ înainte de publicare. Cititorii pot face copii unice ale articolelor, în folosul propriu, dar necesită permisiunea de la BMJ pentru a face copii multiple sau pentru a publica părţi importante din original.

Stilul

Nu trebuie utilizate abrevierile. Medicamentele trebuie prezentate sub denumirea comună internaţională şi trebuie prezentată orice sursă de preparate experimentale noi. Măsurătorile ştiinţifice trebuie exprimate în unităţile Sistemului Internaţional, cu excepţia tensiunii arteriale care trebuie exprimată în mmHG.

Tabele, ilustraţii, fotografii

Tabelele şi ilustraţiile trebuie trimise separat de restul lucrării iar legendele ilustraţiilor trebuie dactilografiate pe o foaie separată. Tabelele trebuie să fie simple şi nu trebuie să se repete informaţia din text. Ilustraţiile trebuie folosite când ideile nu pot fi exprimate clar în alt mod. Când se folosesc grafice, sau histograme, trebuie furnizate datele numerice pe care acestea se bazează, în general datele furnizate în histograme trebuie convertite în tabele. Desenele cu contururi pot fi prezentate sub formă de fotografii sau fotocopii de bună calitate. Alte ilustraţii alb-negru trebuie de obicei prezentate ca fotografii - nu sub formă de negative sau filme radiologice.

Toate fotografiile trebuie să fie de cea mai bună calitate deoarece reproducerea le reduce calitatea; nu trebuie să depăşească dimensiunile de 31x21 cm (format A4) şi trebuie orientate astfel încât să fie îndepărtate porţiunile în exces. Capătul superior trebuie marcat pe spate. Pot fi utilizate şi fotografii color. Când sunt trimise microfotografii trebuie prezentată tehnica de developare şi trebuie inclus şi markerul de scală. Dacă vreun tabel sau ilustraţie trimise au fost publicate în altă parte, trebuie obţinut consimţământul scris de republicare de la posesorul copyright-ului (de obicei de la cel care publică) şi de la autori.

Bibliografie

Referinţele bibliografice trebuie enumerate în ordinea în care ele apar în text. La sfârşitul articolului lista completă a referinţelor trebuie să conţină numele şi iniţialele autorului (dacă la o referinţă sunt peste şase autori trebuie scrişi numai primii şase, urmat de „et al". Numele autorilor sunt urmate de titlul lucrării, titlul revistei abreviat conform regulilor din Index Medicus (vezi „Lista jurnalelor indexate" tipărite anual de numărul pe ianuarie a lui Index Medicus), anul de apariţie, numărul volumului şi numărul primei şi ultimei pagini. Referinţele pentru cărţi trebuie să furnizeze numele fiecărui editor, locul de publicare, cine publică şi anul. Ex.

21 Soter NA, Wasserman SI, Austen KF: Cold urticaria: release into the circulation of histamine and eosinophil chemothactic factor of anaphylaxis during cold challenge. *N Engl J Med* 1976; **294**: 687-90.

22 Oster AG. Complement: mechanisms and functions. *Englewood Cliffs: Prentice Hall*, 1976.

Informaţiile din manuscrise încă neaflate sub tipar, articolele prezentate la congrese sau comunicări personale trebuie citate doar în text, nu ca referinţe propriuzise. Autorii trebuie să confrunte referinţele cu documentele originale înainte de a trimite articolul.

Lucrări ce trebuie incluse

Vă rugăm să includeţi următoarele în scrisoarea de prezentare a articolului în redactare:

1. Un paragraf de prezentare a articolului de cel puţin 150 de cuvinte pentru rubrica "This Week" din BMJ (În această săptămână).

2. Cel puţin "cinci" idei pentru "Implication box" (Valabilă numai pentru lucrări). Este vorba de implicaţii clinice, de medicină practică, sănătate publică sau epidemiologie.

3. Datele originale, dacă credeţi că vor ajuta referenţii noştri.

4. Copii ale altor lucrări pe aceeaşi temă pe care le-aţi publicat.

5. Copii ale tuturor chestionarelor nestandardizate utilizate pentru cercetare.

6. Detalii asupra surselor de finanţare a cercetării şi orice posibile conflicte de interese de care sunteţi informat.

Confirmarea primirii, corectarea spalturilor, relatări pentru presă, extrase

Vom confirma primirea tuturor articolelor originale. Dacă lucrarea este refuzată, vom păstra copiile timp de trei luni pentru a răspunde la orice întrebare (pentru a elimina orice îndoială) şi apoi le vom distruge. Dacă lucrarea este acceptată puteţi fi rugat să pregătiţi o relatare pentru presă. Va fi furnizată schiţa acesteia.

Corecturile tipografice trebuie să se menţină la minim necesar şi se vor conforma convenţiilor prezentate în Whitaker's Almanach. Dacă corecturile sunt justificate vă rugăm să le faceţi într-o scrisoare de însoţire şi nu pe original. Va fi inclusă o erată alături de original.

Alte articole prezentate

Scrisori către editor - nu trebuie să depăşească 400 de cuvinte cu maxim cinci referinţe şi o ilustraţie sau tabel (vezi mai sus). Încurajăm autorii care trimit ilustraţii relevante. Scrisorile trebuie dactilografiate la două rânduri şi semnate de toţi autorii. Se acordă prioritate scrisorilor ce se referă la articole deja publicate în revistă în ultimele şase săptămâni. Nu există termen limită pentru scrisorile din afara Marii Britanii, dar trebuie trimise cât mai curând posibil după publicarea articolului la care se referă, preferabil prin fax. Vă rugăm să includeţi şi un plic timbrat cu adresa dvs. dacă doriţi confirmarea primirii. Recunoaştem că aceasta nu este posibil pentru corespondenţii externi, de aceea confirmăm toate scrisorile externe. Nu trimitem originalele scrisorilor pentru corectare.

Probleme ale medicamentului - este vorba de obicei de raportarea unor vechi adverse sau interacţiuni medicamentoase noi. Se va da prioritate contribuţiilor care reprezintă mai mult de un caz şi celor în care alţi factori consolativi posibili (procesul de boală, alte medicamente, agenţi de mediu) au fost excluşi. Rubrica conţine contribuţii cu maximum 300 cuvinte şi cinci referenţe bibliografice. Suntem bucuroşi să primim fotografii clinice relevante.

Opinii („Personal view") - sunt totdeauna bine venite şi nu trebuie să fie mai lungi de 1.100 cuvinte.

Medicina şi mass-media - conţinutul trebuie discutat cu unul din editori înainte de a fi trimise spre publicare.

Necrolog - nu trebuie să depăşească 250 cuvinte; textul va fi dactilografiat la două rânduri. Necrologul nu trebuie scris impersonal, autorul trebuie să folosească în exprimare activul şi nu pasivul. Cum suntem o revistă medicală rugăm includerea în text a cauzei morţii. La această rubrică nu trimitem şpalturi pentru corectare.

1 International Committee of Medical Journal Editors. *East Europ Med J* 1992; **1**: 36-40.

2 Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med* 1990; **113**: 69-76.

3 Gardner MJ, Altman DG, eds. Statistics with confidence. London: *BMJ*, 1989.

4 Smith J. Keeping confidences in published papers. *BMJ* 1992; **302**:1168.

Redacţia română a BMJ invită cititorii să contribuie direct la următoarele rubrici: editoriale, comentarii privind conţinutul editorial, scrisori către editor, reflecţii, opinii, recenzii, necrolog. Materialele publicate în ediţia română a BMJ vor fi evaluate de redacţia britanică şi cele considerate importante vor fi traduse şi republicate în ediţia britanică. Comentariile privind articolele originale vor fi traduse de editorul român şi trimise autorilor pentru a li se permite astfel dreptul la replică.

Scanned with OKEN Scanner

Contribuţie locală

Interpretation and Uses of Medical Statistics

Ediţia a IV-a. LE Daly, GJ Bourke, J McGilvray.
Blackwell Scientific Publications, 1991
ISBN:0-632-02911, 441 pag. 25,95 £

Lucrarea „Interpretation and Uses of Medical Statistics", aflată deja la a patra ediţie, oferă o imagine de ansamblu asupra unui domeniu cu implicaţii nebănuit de ample în toate domeniile medicinei. De mai multe decenii cercetarea medicală, fie că este clinică, epidemiologică sau în domeniul ştiinţelor fundamentale, nu se mai poate dispensa de acest important instrument de lucru care este statistica medicală. Aparatul statistic este folosit atât de cei care sunt implicaţi în cercetarea medicală, cât şi de beneficiarii rezultatelor lor, adică într-o măsură mai mică sau mai mare de toţi cei angajaţi în profesiunea medicală. Fără a exagera, se poate afirma că statistica medicală, pe de o parte şi resursele financiare, pe de altă parte, sunt principalii determinanţi ai politicii sanitare în oricare stat.

Cartea celor trei autori irlandezi a trecut bine proba timpului şi reprezintă o excelentă introducere în domeniu. Lucrarea este structurată în 15 capitole care oferă o prezentare gradată a instrumentelor statisticii şi a utilizării lor în diverse designuri de studii medicale. Cititorul de literatură medicală va găsi în aceste pagini explicarea unor noţiuni cum ar fi: indicatorii statistici descriptivi, probabilităţile, determinarea semnificaţiei statistice, intervalele de încredere, testarea ipotezei nule, regresia şi corelaţia ş.a.m.d.

În partea a doua a lucrării, noţiunile respective sunt detaliate în mod subtil, pentru a evidenţia punctele tari şi slăbiciunile diferitelor designuri de studii epidemiologice, precum şi corelaţia dintre un anumit tip de ipoteză de cercetare şi un anumit tip de design. Ultimele capitole sunt consacrate indicatorilor statistici vitali, aplicaţiilor ordinatoarelor în cercetarea medicală şi unei priviri de ansamblu asupra părtinirii ("bias").

Textul este clar, concis, face apel la exemple şi la figuri concludente. În plus, autorii au rezistat tentaţiei de a încărca segmentele lucrării cu explicarea unor metode de calcul complicate, în care începătorul s-ar putea cufunda ca într-o mlaştină. Aceste metode, alături de tabelele statistice, metodele de analiză statistică şi tehnicile de calculare a mărimii eşantioanelor sunt grupate la sfârşit în patru anexe care însumează peste 100 de pagini.

Aproape fiecare capitol conţine elemente care pledează indirect pentru importanţa statisticii medicale şi împotriva aparentei sale aridităţi. Iată doar câteva exemple de acest fel: considerente etice în studiile clinice experimentale randomizate, indicatorii de eficienţă a spitalizării, evaluarea critică a literaturii medicale, observaţii asupra unui protocol de cercetare etc. Cartea ar fi beneficiat poate de o altă structurare a materialului prezentat, care să răspundă etapelor cronologice de realizare a unui studiu clinico-epidemiologic: formularea ipotezei de cercetare, designul studiului, colectarea datelor şi analiza statistică. De asemenea, în prezentarea diverselor designuri de studii poate era mai bine ca noţiunile de factor de risc şi boală să fie înlocuite prin conceptele mai largi de expunere ("exposure") şi deznodământ ("outcome") şi prin corelarea lor cu noţiunile devaliditate internă şi externă. Oricum, soluţiile alese de autori nu sunt nicidecum criticabile şi ilustrează atât preferinţele lor personale, cât şi complexitatea problemei.

Lucrarea "Interpretation and Uses of Medical Statistics" reprezintă o excelentă monografie a domeniului. Este de dorit ca această carte sau alte titluri dedicate aceluiaşi subiect, să nu lipsească din biblioteca niciunei facultăţi de medicină din România. Lucrarea este una din sursele de referinţă obligatorii pentru cei care realizează cercetare medicală în ţara noastră, precum şi pentru factorii de decizie în sănătatea publică şi anume primele generaţii de manageri. Mai mult, clinicienii şi studenţii care fac apel la noţiunile respective vor avea satisfacţia să descopere un superb şir de raţionamente pentru cele mai diverse atitudini terapeutice şi vor conferi practicii lor medicale o caracteristică de adevărat profesionalism.

Dr Şerban STOICA

Contribuţie locală

Surgery. Scientific Principles and Practice

Editată de LJ Greenfield, MW Mulholland, KT Oldham şi GB Zelenock cu 155 de colaboratori.
JB Lippincott Company, Philadelphia, 1993. 2208 pag., 1890 ilus., coperţi cartonate. 140.00 $
ISBN 0-397-51121-3.

Noua lucrare de referinţă editată de Greenfield, Mulholland, Oldham şi Zelenock îşi propune să instaureze noi concepte în practica chirurgicală. Primele cuvinte ale capitolului 1, intitulat „Structura şi funcţiile celulei" sunt: "Medicina clinică se află în mijlocul unei revoluţii." Pe parcursul celor 119 capitole editorii şi colaboratorii lor demonstrează cu claritate această afirmaţie. Lucrarea este o privire de ansamblu la zi asupra chirurgiei, care, de asemenea, anticipează foarte bine direcţiile de evoluţie ale acestei discipline.

Aşa cum arată şi titlul, cartea este structurată în două părţi. Partea întâi, numită Principii ştiinţifice, acoperă în detaliu pe parcursul a 14 capitole cele mai importante aspecte care ţin de biologia celulară, metabolism şi nutriţie, vindecarea plăgilor, hemostază, inflamaţie, infecţie, şoc, terapie intensivă, echilibrele hidro-electrolitic şi acido-bazic, traumatisme, arsuri, terapia durerii şi anestezie, biologia tumorală, imunologie şi transplantologie. Partea a doua este dedicată practicii clinice şi este subîmpărţită în 19 secţiuni de lungime inegală: cap şi gât, afecţiuni chirurgicale ale sistemului digestiv (8 subsecţiuni), patologia glandei mamare şi endocrinologie chirurgicală, chirurgie toracică, chirurgie infantilă, afecţiuni chirurgicale ale aparatelor şi sistemelor cardiac, vascular, musculoscheletic, nervos, genitourinar şi ale tegumetelor şi părţilor moi. Disciplinele preclinice nu sunt nicidecum neglijate în partea a doua a tratatului, în care clinicianul interesat poate parcurge capitole întregi dedicate fiziologiei vasculare sau a aparatului digestiv.

O trăsătură esenţială a lucrării este implementarea iscusită în conceptele chirurgicale a descoperirilor celor mai recente din ramurile preclinice ale medicinei. Acest scop declarat este

Scanned with OKEN Scanner

atins şi cu ajutorul unei superbe iconografii — de fapt editorii nu-şi ascund intenţia de a stabili noi standarde în ilustrarea lucrărilor medicale. Figurile sunt dintre cele mai variate, de la descrierea unor mecanisme celulare sau moleculare până la schematizarea diverselor procedee operatorii. Graficienii angajaţi în producerea acestei cărţi merită, fără îndoială, toate felicitările. Textul este completat de tabele, grafice ştiinţifice, imagini microscopice şi radiologice, algoritmuri de diagnostic şi tratament. Fiecare capitol are la sfârşit o selecţie de lucrări de referinţă menţionate cu cifre în text. Mulţi chirurgi vor lăsa acest tratat din mână cu sentimentul că procesele din intimitatea celulelor sunt mult mai puţin distante şi nebuloase.

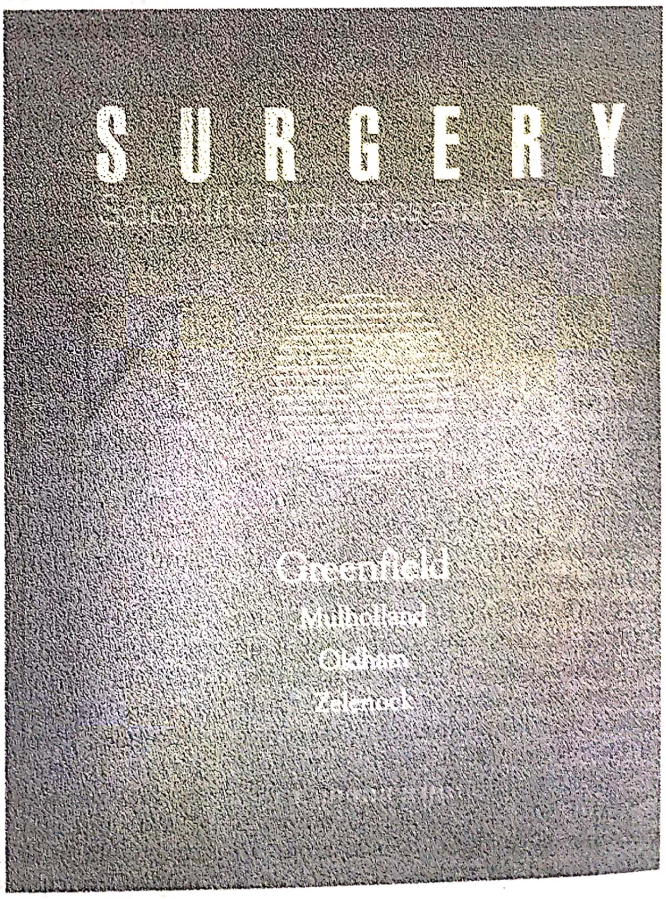
Împreună cu editorii, tratatul este scris de un colectiv format din 153 de chirurgi americani şi 2 canadieni. Unii dintre aceştia sunt specialişti cu o reputaţie mondială bine stabilită, în timp ce alţii mai tineri au fost aleşi ca să participe la elaborarea lucrării datorită contribuţiilor lor de marcă în domeniile în care activează. Viziunea lor asupra principalelor tendinţe în chirurgie a influenţat în mod hotărâtor selecţia şi prezentarea materialului. Autorii au o considerabilă experienţă în cercetarea clinică şi experimentală iar cifrele citate în text provin cu siguranţă din studiile cele mai convingătoare. Acestea sunt în general studiile randomizate controlate multicentrice. Sunt rare cazurile în care autorii se auto-citează, dar atunci este vorba de situaţii inevitabile. De exemplu, tromboza venoasă profundă şi embolia pulmonară sunt prezentate de L. Greenfield, inventatorul filtrului cav "în umbreluţă" cu acelaşi nume, iar tumorile esofagiene sunt prezentate de M. Orringer, promotorul esofagectomiei transhiatale. În plus, referirile pertinente la studiile pe animale şi pe alte modele experimentale oferă o imagine utilă asupra complexităţii cercetării chirurgicale de laborator.

Practicianul român este interesat probabil să afle mai multe detalii despre conţinutul lucrării. Cititorii de literatură medicală ştiu desigur că nu există nici un tratat care să poată oferi totul. În "Surgery. Scientific Principles and Practice" părţile care se bucură de atenţia cea mai mare sunt principiile generale şi traumatologia, chirurgia digestivă, vasculară şi de transplant. Mult mai puţin spaţiu este atribuit capitolelor de ortopedie, urologie şi neurochirurgie. Aceasta este în fond opţiunea editorilor, ţinând cont de faptul că disciplinele respective reprezintă deja specialităţi independente cărora le sunt dedicate alte lucrări *in extenso*. Cu toate acestea, cititorii vor descoperi, poate, că anumitor afecţiuni întâlnite extrem de frecvent în practică li se acordă o atenţie insuficientă. Un astfel de exemplu ar fi ocluzia intestinului gros, care este menţionată în mai multe capitole ca o complicaţie a diverselor afecţiuni dar nu este discutată într-un capitol separat sub acest titlu. O altă afecţiune frecventă şi derutantă, anume sindromul de colon iritabil, este diagnosticată din ce în ce mai des în cabinetele de gastroenterologie şi chirurgie, dar este prezentată aici în mai puţin de jumătate de pagină. Capitolul de anesteziologie ar beneficia poate de includerea (chiar sub formă de tabele) a mai multor detalii relevante pentru chirurg cu privire la etapele anesteziei şi la principalele caracteristici şi indicaţii ale agenţilor anestezici şi ale blocantelor neuromusculare. Pe de altă parte, practicianul poate găsi în tratat excelente capitole dedicate unor afecţiuni rare, cum ar fi anevrismele arterelor splanhnice şi renale sau boala ocluzivă a arterelor renale.

Nu există capitole dedicate abordării practice a pacientului chirurgical (anamneza, examenul clinic, investigaţii paraclinice) şi a complicaţiilor postoperatorii în general. Aceste subiecte sunt însă acoperite foarte bine într-o multitudine de lucrări româneşti sau străine. Ţinând cont de acest aspect, din punctul de vedere al rezidentului în chirurgie un foarte bun însoţitor pentru "Surgery. Scientific Principles and Practice" este oricare din manualele de buzunar cum ar fi "Manual of Surgical Therapeutics", 8th ed. (A Little, Brown et Co. spiral book), "Clinician's Pocket Reference", 7th ed. (Appleton & Lange) publicate în SUA, sau "Oxford Handbook of Clinical Surgery" (Oxford University Press) ori "Surgical Diagnosis and Management", 2nd ed. (Blackwell Scientific Publications) apărute în Marea Britanie.

În afară de a oferi cele mai importante cunoştinţe chirurgicale din prezent într-o deosebită prezentare, lucrarea reprezintă cu siguranţă un punct de referinţă pentru dezvoltarea practicii chirurgicale la începutul secolului al XXI-lea. Cartea este recomandată cu căldură tuturor chirurgilor specialişti sau în devenire, indiferent de stadiul pregătirii lor. Preţul ridicat este probabil un obstacol în procurarea ei, iar atunci facultăţile de medicină sau serviciile chirurgicale trebuie să facă efortul de a o aduce pe rafturile bibliotecilor lor. Clinicienii vor avea atunci surpriza să constate că parcurgerea diferitelor capitole din acest tratat este mai puţin o îndatorire plicticoasă, cât mai curând o activitate realmente palpitantă.

Dr Şerban STOICA



Scanned with OKEN Scanner

Cel puţin 13 milioane de persoane locuind în diferite părţi ale lumii îşi au originea în India şi cca. 1,5 milioane dintre aceştia trăiesc în Marea Britanie. *"Postgraduate Medical Journal"* (1994;**70**:315-8) avertizează că această populaţie are un risc substanţial mai mare de cardiopatie ischemică. În prezent, în oraşe ca Leicester, cu o populaţie numeroasă de origine indiană, doar un sfert au vîrste peste 50 de ani. Pentru aceştia se va pune problema unei adevărate epidemii de cardiopatie ischemică.

*Hemoragia intracraniană este o complicaţie severă care poate apărea în urma tratamentului cu warfarina. Un studiu efectuat în S.U.A. (Annals of Internal Medicine 1994;**120**:897-902) arată că cel mai important factor responsabil de această complicaţie este supravegherea neglijentă a coagulării. Pentru fiecare creştere cu 1/2 faţă de martor a timpului de proptrombină, riscul de hemoragie intracraniană se dublează. Riscul pentru hemoragia subdurală creşte cu vîrsta şi cu creşterea indicelui de protrombină peste 2 (T protrombină/martor).*

Într-un articol din "*Addiction*" (1994;**89**:517-20) se afirmă că dacă alcoolismul ca entitate patologică nu s-ar fi inventat, uşile spitalelor ar fi fost încă închise pentru băutorii cronici. Articolul continuă să comenteze că, în urma tratamentului, "mulţi alcoolici sunt astăzi în viaţă şi beţi, altfel ar fi fost morţi si abstinenţi". Minerva înţelege cu greu posibilitatea de a fi mort şi abstinent.

*O anchetă publicată în Canadian Medical Association Journal (1994; **150**:1433-9) relevă faptul că 10% din obstetricienii şi ginecologii canadieni chestionaţi relatează că au cunoştinţă despre colegi care au avut relaţii sexuale cu pacientele lor. Doar 3% din bărbaţi (şi 1% din femei) au recunoscut că au avut ei înşişi astfel de relaţii. De două ori mai multe femei decît bărbaţi au relatat despre relaţii sexuale ale colegilor lor cu pacientele. Majoritatea celor chestionaţi propun pierderea dreptului de practică ca fiind sancţiunea cea mai potrivită, dar numai un sfert din ei cred că această sancţiune ar trebui să fie definitivă.*

Cea mai mare şansă de a vindeca un ulcer peptic se obţine eradicând infecţia persistentă cu Helicobacter pylori. Cel mai simplu şi mai ieftin mod de a afla dacă pacientul are o infecţie gastrică cu Helicobacter este testul ureei în aerul expirat (*Gut* 1994;**35**:723-5). Testul este simplu şi sigur, cu condiţia ca pacientul să nu fie sub tratament (în ultima lună) cu preparate cu bismut sau antibiotice active împotriva infecţiei.

*Unul din pericolele tratamentelor naturiste constă în a lua planta greşită. Doi fraţi, în vârstă de 23 şi respectiv 39 de ani, care căutau ginseng sălbatec în Maine, au culeş şi consumat câteva plante care semănau cu ceea ce căutau. În următoarele 2 ore unul a murit, iar celălalt era într-o stare gravă (Morbidity and Mortality Weekly Reports 1994;**43**:229-31). Ei au consumat de fapt cucuta de apă, o plantă cunoscută ca fiind otrăvitoare. Aproximativ o treime din persoanele otrăvite cu această plantă toxică decedează.*

În 1592, regele Sigismund al III-lea a deschis la Varşovia un spital pentru bolnavii de cancer. Acesta a fost primul spital oncologic din Europa (*Journal of Cancer Education* 1994; **9**:9-10). Polonia şi-a menţinut pionieratul: registrul de cancer, deschis în 1952, este unul din puţinele care acoperă întreaga populaţie a unei ţări, acum de 38 de milioane.

*Scăderea bruscă a presiunii arteriale poate induce (foarte rar) un infarct al măduvei spinării (Paraplegia 1994;**32**: 314-22). În 4 cazuri recente tratate la Naţional Spinal Injuries Centre hipotensiunea a fost rezultatul anesteziei administrate pentru diferite intervenţii chirurgicale.*

Excizia neoplasmelor pe cale laparoscopică este tehnic posibilă. Un articol publicat în *British Journal of Surgery* (1994;**81**:648-52) avertizează însă că este posibilă diseminarea de celule cancerigene la nivelul orificiilor practicate în peretele abdominal pentru introducerea laparoscopului. Până în prezent s-au publicat 18 astfel de cazuri, dintre care 10 în ultimul an. Se recomandă o supraveghere atentă a acestor cazuri.

*Ţânţarii purtători de malarie pot călători cu mijloacele de transport aerian în Europa şi infecta pasagerii sau chiar populaţia care locuieşte în vecinătatea aeroporturilor internaţionale. Ţânţarii se pot ascunde şi în bagaje şi infecta persoane aflate la distanţă de aeroport. Primul caz de "malarie de bagaj" a fost semnalat in 1992 la Brescia în Italia, iar acum American Journal of Tropical Medicine and Hygiene semnalează existenţa în aceeaşi zonă a unui al doilea caz (1994;**50**:548-9). Malaria poate fi deci cauza de febră de etiologie neprecizată indiferent de ţara unde se găseşte bolnavul.*

Minerva are norocul de a fi fără vîrstă, dar unii pot fi interesaţi de a şti că exerciţiul fizic intens la vîrste înaintate poate contracara astenia musculară (*New England Journal of Medicine* 1994;**330**:1769-75). Trei şedinţe de antrenament săptămânale pe o durată totală de 10 săptămâni concentrate pe muşchii extensori ai şoldului şi ai genunchiului cresc forţa musculară, viteza de mers şi puterea de urcare a scărilor. Aceasta a fost concluzia unui studiu efectuat la 100 de azile de bătrâni pe subiecţi între 72 şi 98 ani. Alternativa atrăgătoare a unei băuturi energizante zilnice, bogate în vitamine şi elemente minerale nu s-a dovedit însă la fel de eficace.

*Poate că cititorii noştri ar dori să ştie că albina injectează 90% din veninul său în timp de 20 secunde, iar restul într-un minut (Journal of Allergy and Clinical Immunology 1994;**93**:831-5). Viteza injectării este mai mare decât se credea până acum. Acest fapt arată că pentru bolnavii alergici, înlăturarea acului trebuie făcută mult mai rapid.*

Pentru a diminua anxietatea pacientilor care urmează să fie supuşi intervenţiilor chirurgicale, se administrează frecvent benzodiazepine. Un studiu efectuat în Argentina (*"British Journal of Anaesthesia"* 1994;**72**:694-6) a arătat că

Scanned with OKEN Scanner

doza uzuală de 10 mg de diazepam nu este mai anxiolitică decât placebo. Diazepamul administrat pacientelor care urmau să fie supuse unei colecistectomii de rutină nu a avut nici un efect asupra nivelului anxietăţii, tensiunii arteriale, frecvenţei cardiace sau asupra concentraţiei plasmatice de adrenalină, noradrenalină, cortisol sau dopamina B hidroxilaza.

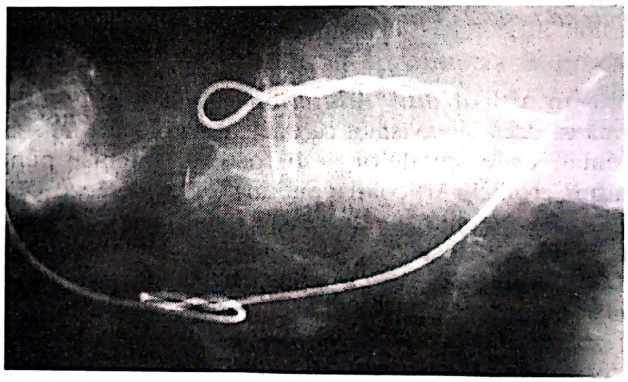
*Transmiterea pe verticală a infecţiei cu HIV apare probabil în primul rând în timpul ultimei perioade a sarcinii sau în timpul travaliului. În "Lancet" (1994;**343**:1464-7) se arată că operaţia cezariană poate fi protectivă. Riscul transmiterii infecţiei HIV la nou născut s-a diminuat la aproape jumătate dacă s-a preferat operaţia de cezariană, deşi boala era uneori într-un stadiu avansat.*

În revista *"Paraplegia"* (1994;**32**: 289-91), un editorial semnalează faptul că atleţi de înaltă performanţă îşi pot îmbunătăţi rezultatele lor, inducând înainte de competiţii o disreflexie autonomă. Într-un alt număr al aceleiaşi reviste (1994;**32**:292-9) se arată că prin supradistensia voluntară a vezicii, aplicarea strânsă a unui brâu sau aşezarea îndelungată pe obiecte proeminente, toate practicate înaintea competiţiei, se poate creşte semnificativ nivelul concentraţiei plasmatice de noradrenalină şi de asemenea, se elimină creşterea exagerată a concentraţiei de testosteron asociată cu exerciţiul fizic intens la bărbaţi.

*Femeile bănuiesc de multă vreme că sarcina îngraşă. Un studiu prospectiv pe 2.788 femei efectuat în Alabama (S.U.A.) şi publicat în "Journal of the American Medical Association" (1994; **271**:1747-50) confirmă că femeile care au avut cel puţin un copil s-au îngrăşat cu 2-3 kg mai mult decât cele care au rămas nulipare. Din fericire următoarele sarcini nu au dus la o altă creştere în greutate.*

Pacienţii cu leziuni craniene sau politraumatizaţi pot avea fracturi care rămân nedepistate — în mare măsură datorită faptului că nu există simptome specifice care să le sugereze. Într-un studiu realizat la New Orleans ("*Journal of Bone and Joint Surgery*" 1994; **76A**:561-71) la 48 de astfel de pacienţi s-a făcut o examinare radiologică completă. Rezultatele au arătat 94 de arii cu suspiciune de fractură; au fost identificate 19 fracturi care nu au fost suspectate iniţial, iar la 6 pacienţi tratamentul a trebuit să fie modificat. Autorii concluzionează că o examinare radiologică completă trebuie să fie investigaţia de elecţie la astfel de pacienţi, în special dacă au vârsta sub 22 de ani.

*Un articol interesant apărut în Franţa în "Injury" (1994;**25**:223-5) descrie o serie de 6 pacienţi tineri care s-au prezentat cu leziuni în regiunea pelvină datorate rezervoarelor de benzină de la motociclete. Se pare că vina este a rezervoarelor supradimensionate, dezvoltate de moda excursiilor cu motociclete în Sahara. Un alt factor important în producerea leziunilor în caz de accident este capacul înalt al acestor rezervoare, care lezează în special testiculele. Acesta se pare că este încă un exemplu în care moda are consecinţe catastrofale.*



CAMBRIDGE HEALTH AUTHORITY

Unei paciente de 83 de ani, cu o formă uşoară de demenţă i s-a implantat în 1990 un pacemaker permanent pentru bloc AV însoţit de fenomene sincopale. În februarie 1994, aceleaşi simptome au reapărut, iar la internarea bolnavei pacemaker-ul a fost găsit nefuncţional. O radiografie toracică a arătat că pacienta, jucîndu-se cu pacemaker-ul plasat în "buzunarul" prepectoral a răsucit electrodul de stimulare. S-a introdus un nou electrod iar pacemaker-ul a fost poziţionat mai în profunzime.—Peter LUDMAN, *senior registrar in cardiologie, Papworth Hospital, Cambridge CB3 8RE.*

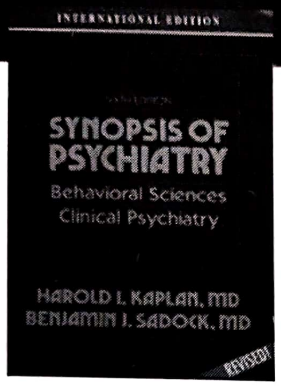
Traduceri: Dr Vasile DRUG

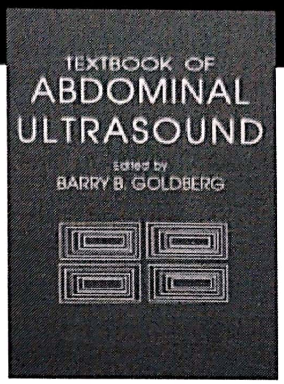
Preţ: 1.450 lei

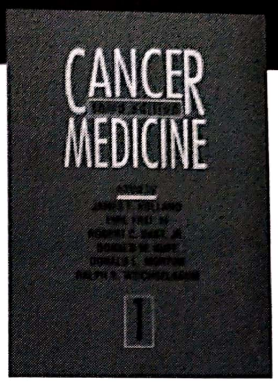
Scanned with OKEN Scanner

FOR A LIMITED TIME

Waverly Europe Ltd. is offering selected, current edition medical books in Eastern Europe at special prices.







GET THE TOP TITLES IN MEDICINE FOR LESS!

Cherry: COMPLICATIONS OF PREGNANCY: MEDICAL, SURGICAL, PSYCHOLOGICAL, AND PERINATAL, 4th ed., 0-683-1672-5, 1,070,000ZI

Feigenbaum: ECHOCARDIOLOGY, 5th ed., 0-683-9494-7, 500,000ZI

Gelehrter: PRINCIPLES OF MEDICAL GENETICS, 0-683-09411-4, 230,000ZI

George: CHEST MEDICINE: ESSENTIALS OF PULMONARY AND CRITICAL CARE MEDICINE, 2nd ed., 0-683-3453-7 425,000ZI

Goldberg: TEXTBOOK OF ABDOMINAL ULTRASOUND, 0-683-9499-8, 550,000ZI

Holland & Frei: CANCER MEDICINE, 3rd ed., 0-8121-9646-X, 1,210,000ZI

Josephson: CLINICAL CARDIAC ELECTROPHYSIOLOGY: TECHNIQUES AND INTERPRETATIONS, 2nd ed., 0-8121-1201-6, 300,000ZI

Kaplan: CLINICAL HYPERTENSION, 5th ed., 0-683-4522-9, 300,000ZI

Kaplan: SYNOPSIS OF PSYCHIATRY, 6th ed., 0-683-9431-9, 300,000ZI

Marino: ICU BOOK, 0-8121-1306-3, 215,000ZI

Marriott: PRACTICAL ELECTROCARDIOGRAPHY, 8th ed., 0-683-5576-3, 215,000ZI

Stedman: STEDMAN'S ILLUSTRATED MEDICAL DICTIONARY, 25th ed., ISE, 0-683-9405-X, 320,000ZI

Waverly Europe Ltd.

Williams & Wilkins • Lea & Febiger • Harwal Publishing

SANS TACHE

Please see your local bookseller and ask about our special pricing program!
or contact Betsy Zimmerman, c/o Urban & Schwarzenberg, Landwehrstr. 61; D - 80336 Munich.

INTPOLAD I35383

Scanned with OKEN Scanner

ROVAMYCINE® 1,5

SPIRAMYCINE

Mutarea Dumneavoastră cea mai bună împotriva infecţiilor respiratorii

- Cea mai ridicată concentraţie tisulară din această clasă
- Elimină agenţii infecţioşi ai tractului respirator
- Fără interacţiuni medicamentoase şi fără efecte neplăcute inutile pentru pacienţii dumneavoastră
- Testată, verificată şi sigură

Rovamycine conţine într-un comprimat 1,5 milioane U.I. (500mg)

PREZENTARE:
Comprimate conţinând fiecare 1.500.000U.I.; cutii a16 comprimate.
INDICATII:
Amigdalite, rinofaringite, sinuzite, otite. Bonşite şi pneumopatii acute. Profilaxia şi tratamentul complicaţiilor respiratorii ale guturalului şi bolilor eruptive. Toxoplasmoza din timpul sarcinii şi din unele stări de imunodeficienţă. Profilaxia meningitei cerebro-spinale în rândul contacţilor. Chemoprofilaxia recidivelor de RAA.

CONTRAINDICATII:
Alergie la spiramicină.
EFECTE ADVERSE:
Rareori, tulburări digestive şi în mod excepţional, reacţii alergice.
POSOLOGIE:
După recomandarea medicului. Adulţi: 4 până la 6 comprimate a 1,5 MUI (deci 6 - 9 MUI) în 24 ore, în 2 - 3 prize.
PRECAUTII:
Spiramicina este eliminată prin laptele matern; de aceea, se va întrerupe alăptarea pe durata tratamentului.

RHÔNE-POULENC RORER

Rhône-Poulenc România
Str.Şipotul Fântânilor 8 · Sector 1 · RO-70718 Bucuresti
Tel: (1) 312 18 48 · Fax: (1) 312 18 23 · Telex:10637 rhône r

Scanned with OKEN Scanner